

# **Broken Promises:**

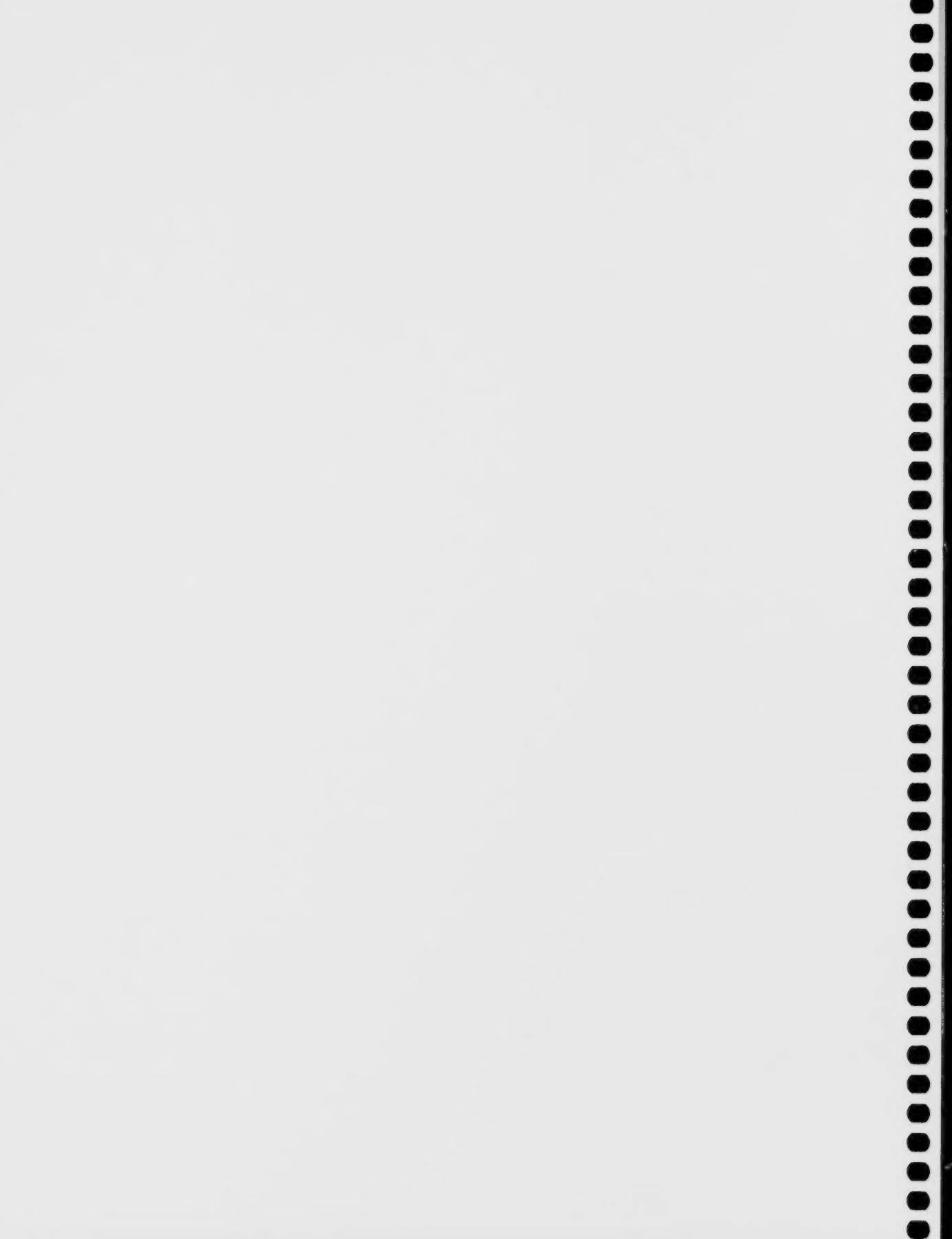
## **Juli-Anna's Story**

*Report of the Ombudsman and Child & Youth  
Advocate*



---

January 17, 2008



# **Broken Promises:**

## **Juli-Anna's Story**

*Report of the Ombudsman and Child & Youth  
Advocate*



---

January 17, 2008

## **Broken Promises: Juli-Anna's Story**

### **Published by:**

Office of the Ombudsman/Child &  
Youth Advocate  
Province of New Brunswick  
P.O. Box 6000  
Fredericton, New Brunswick  
E3B 5H1  
Canada

January 2008

ISBN 978-1-55471-071-3

ISSN 0845-5554

Printed in New Brunswick

*“...As painful as it is to be aware of abuse and neglect which a child has suffered at the hands of some other individual it is perhaps more painful personally to witness further harm to a child as the result of the malfunctioning of a system in which one has some part.”*

Jeree Paul, PHD, Infant-Parent Program, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, University of California.

### **A Note about Confidentiality**

Subsection 19(2) of the *Ombudsman Act* states that ‘the Ombudsman, employees of the Office of the Ombudsman and any person appointed to assist the Ombudsman pursuant to a contract for professional services shall keep confidential all information and other matters that come to their knowledge in the exercise of their duties or functions under this Act, unless required to disclose it by law or in furtherance of the Ombudsman’s mandate under this Act’. Subsection 11(2) of the *Child and Youth Advocate Act* states that ‘Before performing any functions or duties under this Act, a person appointed under subsection (1) shall take an oath, administered by the Advocate, that he or she will not divulge any information that is received under this Act, except for the purpose of giving effect to and in compliance with this Act’. In particular, information that would identify a person who gives information under section 30 or subsection 35.1(1) of the *Family Services Act* is not to be disclosed. I take the duty to keep information confidential very seriously and therefore no referral sources or social workers have been identified unless their information was already public. I have however decided to use the first name of the child who this report is about and her mother’s, as both are already well known to the public by the media and as I did not want to disrespect Juli-Anna by not identifying this as her story.

## **1.0 INTRODUCTION**

Words could hardly express the anger and frustration I have felt over the last two years in attempting to ascertain if all that could be done had been done to prevent the untimely death of Juli-Anna, a two-year-old girl, on April 13, 2004. Questions about my Office's authority to investigate such a matter and concerns about protecting the family's privacy were both raised as the Department of Family and Community Services resisted my request for full disclosure. At the very same time as employees were discreetly contacting me to say that I should be digging deeper, senior officials were telling me that frontline workers would rather not talk to me.

Taking the department to court and sending subpoenas to employees of FCS involved with the file, both firsts in the 40-year history of this Office, indicate to what extent extraordinary measures were needed to get at the facts.

Eventually, the *Child and Youth Advocate Act* and the *Ombudsman Act* were both amended to provide my Office with better access to files while investigating complaints. But even these improvements had to be fought for in the arena of public opinion in the face of weighty and unrelenting bureaucratic resistance. Yet I remain convinced that we are all driven by the best interests of those vulnerable children who need us to be vigilant on their behalf.

I also know that no child in a province like New Brunswick, in a country like Canada, should have to endure what Juli-Anna was forced to live through. The safeguards that were in place at the time did not work, and our main goal has been to find out why, to learn from the answers, and to suggest changes for the better. From the very beginning, I formed the view that this tragedy could have been prevented. For any reader of this report, it will become obvious why this impression became a conviction.

Despite the pain that one feels on reviewing the events of Juli-Anna's life and death, we have shied away from pointing the finger of blame at any individual. Throughout our work, we have been doggedly determined to find gain rather than to look for fault. It is in this spirit, inspired by the haunting look on Juli-Anna's face, that this report is published.

## **2.0 REVIEW PROCESS**

This investigation took significantly longer than most Ombudsman or Child and Youth Advocate investigations. It consisted of reviewing the files and documents from various parties, including the Department of Family and Community Services (FCS), family members of Juli-Anna, and other service providers. We also met with various officials from FCS on numerous occasions regarding various aspects of Child Protection Services. We interviewed most of the social workers, supervisors and program delivery managers involved with Juli-Anna's file. We also met with FCS senior management on several occasions. Research was conducted on several issues. The various policies, procedures, tools, and training modules used by Child Protection Services were analyzed. We reviewed the Child Death Review Committee reports on the deaths of John Ryan Turner (1996) and Jacqueline Brewer (1998), as well as the Department of Family and Community Services report *Children Come First*, which was released in 2000. We also had informal discussions with other stakeholders, including Early Intervention and the New Brunswick Association of Social Workers.

### **INVESTIGATIVE TEAM**

**Child & Youth Advocate & Ombudsman**  
Bernard Richard

**Lead Investigator**  
Jennifer Murray

**Investigators & Researchers**  
Francine Cantin  
Anne Doyle  
Kathryn Jardine  
David Kuttner

**Legal Counsel**  
Christian Whalen

**Reviewers**  
Steve Gilliland  
Julian Walker

## **3.0 FAMILY AND COMMUNITY SERVICES PROCESS**

### **THE CHILD PROTECTION PROCESS**

To understand Juli-Anna's story, it is important to understand the child protection process. In other words, how a child protection case is initiated and investigated. Child Protection Services are provided under the mandate of the *Family Services Act*. The first step is known as access and assessment. This is when a referral source, that is, anyone who has concerns about a child's situation, contacts the Department of Family and Community Services, and the social worker assesses the information to determine if the department should investigate. There is also the option to close the file at this stage. If it proceeds to the investigation stage, the worker determines, at the end of the investigation (which could take up to a few weeks) if the file should be open for ongoing service. If it is determined that there are no child protection concerns, then the file can be closed. If the file is open for ongoing service, a plan will be put in place on how best to provide services to the family. The services are voluntary, unless the department seeks a supervisory order. An ongoing child protection file was never opened during Juli-Anna's short life.

#### ***Step 1 – Access and Assessment***

The child protection process begins when the department is informed by a professional, a service provider, a neighbour, or anyone else that they believe a child is in danger. This is what constitutes a referral. It is based on subsection 30(1) of the *Family Services Act (FSA)*.

Section 31 of the *Act* outlines what may be considered a danger to the security or development of a child. It includes:

- (a) *the child is without adequate care, supervision or control;*
  - (b) *the child is living in unfit or improper circumstances;*
  - (c) *the child is in the care of a person who is unable or unwilling to provide adequate care, supervision or control of the child;*
  - (d) *the child is in the care of a person whose conduct endangers the life, health or emotional well-being of the child;*
  - (e) *the child is physically or sexually abused, physically or emotionally neglected, sexually exploited or in danger of such treatment;*
  - (f) *the child is living in a situation where there is domestic violence;*
  - (g) *the child is in the care of a person who neglects or refuses to provide or obtain proper medical, surgical or other remedial care or treatment necessary for the health or well-being of the child or refuses to permit such care or treatment to be supplied to the child;*
- .....

Referrals come to the access and assessment unit. For most of her life, Juli-Anna's family lived in the Fredericton region of FCS, which encompasses an area that reaches all the way to Perth-Andover. The screening of referrals is done in Fredericton, although before

Juli-Anna's death, this was also done in Woodstock. A worker determines whether an investigation is necessary and how quickly a social worker should respond by contacting the family. Two documents guide FCS workers in making these decisions, one dealing with risk management and the other with standards and guidelines for child protection practices.

***Step 2 – Investigation***

If it is decided an investigation is warranted, a social worker is assigned to undertake one. The first priority is to assess the child's immediate safety, which is a paramount factor in deciding whether or not to open a child protection case.

***Step 3 – Ongoing Service***

If a child protection case is opened, it is assigned to a child protection worker, who determines what should be done. If it appears the child is at risk, then a decision can be made to remove the child from the family. Similarly, when the risk has been removed, the child may be returned to the home.

## **4.0 JULI-ANNA'S STORY**

Juli-Anna's family was well known to the Woodstock office of Family and Community Services even before she was born. The family had been investigated by Child Protection Services many times because of concerns for the safety and welfare of other children in the family. FCS had also received seven referrals regarding Juli-Anna's mother, Anna, when she was a youth, and about Anna's sisters, too. The department was aware that Anna had been pregnant at 18, was in a transition house, allegedly used drugs and was in conflict with her family.

When Anna started her own family, there were more referrals. An incident in a parking lot, where Juli-Anna's father hit Anna's eldest son, prompted FCS to open a child protection file on the family. The file remained open from July 23, 1999, to April 4, 2001. During this period: the family regularly missed or cancelled appointments, and moved frequently; a family member accused another of a sexual assault; and referrals were made regarding the use of drugs and inappropriate housing. On April 3, 2001, a decision was taken to close the file, but with the understanding that should the file be reopened, the department should consider obtaining a supervisory order to force compliance of certain parenting requirements. Seven days after the file was closed, FCS received a new referral about the family.

But this is Juli-Anna's story. So we'll begin with her short and tragic life, drawing upon information in the files of the Department of Family and Community Services.

Juli-Anna was born January 17, 2002, at the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital in Fredericton. She was the third child and second daughter of Anna, who was then 22. Her father was Anna's 24-year-old, on-again, off-again boyfriend and common law partner. Juli-Anna was his second child with Anna.

From the hospital, the little girl went, on January 20, to a home in Benton, where the family had moved just the previous month. Also there, in addition to Anna, was Juli-Anna's half-brother, aged four-and-a-half, and her full sister, aged two. Her father was also there at the beginning, but he soon became a sometime presence, because her parents were in frequent conflict. The father worked only sporadically, and Anna mostly relied on income assistance. So Juli-Anna was born into poverty.

She was just eight days old when a Family and Community Services social worker paid a first visit to Juli-Anna. The social worker had come because, on January 8, FCS had received a child protection referral from a source who advised that both Anna's son (who sometimes stayed with her parents) and the boyfriend were back living with her in Benton. The source knew about the earlier incident, where the boyfriend had hit the boy, and she was concerned about the two living under the same roof. She further advised that the family had moved three times since August, 2001, and that Anna was pregnant again (with Juli-Anna).

The social worker went to the home on January 25 accompanied by a public health inspector. Anna, surprised by the visit, was nonetheless co-operative. She was alone with Juli-Anna that day. The house was messy, but the new baby was clean, as was the area around her.

The public health inspector stressed to Anna the importance of cleaning the floors, of disinfecting and of keeping food properly stored. She agreed to clean up the house and agreed to a return visit by the social worker and public health inspector a week later.

On January 28, FCS was advised that Anna had not paid any rent since moving in.

On February 1, the public health inspector returned to the home (the social worker could not make it because of poor weather), but no one was there. He noted garbage had not been put out for pick-up, as he had advised.

On February 27, FCS was told Anna was discontinuing her public health services, because she did not want their involvement.

Subsequently, a social worker twice attempted home visits to Anna and her children (on March 1 and 6), but no one answered the door or telephone.

On March 11, Anna's income assistance was discontinued for non-compliance. It had been learned that the father of the two girls was not reporting income. Anna claimed he was no longer living with her and wanted him removed from her case.

The social worker tried again to visit on March 18, but Anna refused entry to the house, saying she was not allowed to let anyone in when she was alone. She said she would have Juli-Anna's father call the worker to set up an appointment. She also indicated the family might move again, because the landlord was not fixing things up. The social worker noted that Anna was very defensive saying she thought the investigation would be closed by now. But the worker told her another visit would be required before the file could be closed.

On March 25, the social worker tried to contact Juli-Anna's father to set up an appointment, but discovered their home telephone had been disconnected.

Three days later, FCS was advised the family had been given an eviction notice (with 10 days to vacate) because the rent was still unpaid.

In completing a risk assessment on the family on April 5, the social worker rated it at low risk: "Worker notes no issues arose during investigation which would warrant this family be reopened as a case at this time. Worker rates the risk for these children as low. Current whereabouts of family at completion of investigation is unknown."

On May 9, the department received a referral from a member of the community, relating that Anna and her boyfriend were supposedly placing a child (possibly Juli-Anna) in a

bucket of water to clean her diaper. The referral source also alleged drugs were being used in the home. According to the file notes, this information was from a third party and considered third and fourth hand, and since it also wasn't known when the incident occurred, the source was advised to have the person with first-hand knowledge make the referral. The source said they would not do that. As a result, the referral went no further.

Meanwhile, on May 13, Anna applied for income assistance as a single parent. She had moved to a new address in Canterbury.

Another referral came from the community on July 3. The caller had witnessed a situation in the parking lot of a local gas station. It was noted: "Witness reported a woman approximately 20 years old behind a child, saying, 'Wait until you get home, you little shit.' The witness then went into the Irving and upon coming back out she saw an older women about 50-55 years old shouting at the same child saying, 'Do you want to get in the fucking front or back'?" and then, 'Shut your fucking mouth.' The witness further reported that this older woman then grabbed the child by the arm half pulled him out of the truck, and began to wail on him. The older woman repeatedly struck the child about the head, face, back and buttocks with her hand and screamed at the child to 'quit your fucking crying.' The witness recorded the license plate of the truck. This license plate was eventually tracked down to a vehicle owned by a family member.

The day after the incident, the social worker went out, without police assistance, to the family member's house to investigate. Anna's son was running around outside in his bathing suit. The worker did not see any marks on him. Anna would not permit the worker to interview her son. She said she would bring him to the office the next day, but then did not show up. On July 8, the worker called Anna, who said she would try to come in the next day. Again, she did not show up.

The social worker subsequently made several attempts to contact Anna by phone. All were unsuccessful. On July 12, Anna left a voice mail message for the worker indicating she would come in on the Monday while the son was at the park. She did not do so.

The worker finally reached Anna on July 24, and she agreed to come to the office July 30. She did arrive that day, 30 minutes late, and without her son. Finding the worker on the phone, she left almost right away, leaving a note saying she had another appointment and would call to re-schedule.

On August 6, the social worker visited Anna in Canterbury, where she had moved. She was at home with her daughters, but her son was at his grandparents' house. Anna refused entry to the house. She said she would call to set up an appointment for the son to meet with the worker. Anna wanted to see the witness account of the incident at the gas station and to be present when the social worker interviewed her son. A meeting was set up for the following Thursday. Anna did not keep the appointment.

Eight days later, the department decided to close the file. The decision was based on several factors: Anna was being uncooperative and denying the incident; the worker had

seen no marks on the boy the day she saw him in his bathing suit (he was never examined by a doctor); there was no proof that her son was the child at the gas station. In other words, the concerns could not be substantiated.

In October, 2002, the department learned that Anna and her children had moved to the Perth-Andover area. A referral came in from that community on November 14, indicating that the older daughter (who was two-and-a-half-years old) and Juli-Anna (now 10 months) had red patches on their skin, sore spots on their faces, rashes on their bums, were poorly dressed for cold weather, had no food, and were sleeping on the floor. The caller also expressed concerns that Anna was irresponsible in managing her money , (she was, in fact, apparently at risk of being evicted again for not paying her rent), that she had a history of drug usage, and that she might be returning to her alleged habit of using cocaine. The caller added that Anna had walked about three miles one day, in cold weather and with the children in tow, to ask for food, milk and money.

According to the social worker's notes, when she went to the home that day to investigate this referral, Anna, who was getting ready to leave with the children, was very aggressive toward her. Anna refused access to her home and told the worker that she would have to come back with the police. The worker did return with the police a short time later, only to find that Anna and her daughters had left. The social worker then contacted the referral source again, who now said the children did not have diaper rashes, that all she wanted was for someone to help Anna buy groceries, and to help her with her self-esteem issues. The worker told the source that Anna did not want FCS's involvement that she could get grocery money from income support, another branch of FCS and, if she had self-esteem issues, they were best dealt with by mental health services, not child protection workers. Despite the seriousness of the caller's initial allegations, the file was closed, with no further investigation.

In early December, Anna and her children moved again, this time to Aroostook

On December 27, a referral called FCS alleging that family members residing at Juli-Anna's grandparent's home smoked pot and used cocaine. They left the children unattended near a woodstove and went outside to smoke; and were not paying any attention to children in the home.

In mid-January, 2003, Anna and her daughters moved to the Woodstock area. She applied for income assistance as a single parent with two children, but did not keep appointments to be assessed.

A month later, Anna and her daughters moved yet again, this time to her parents' home, in Canterbury.

On February 25, February 28, and March 3, referrals came in, indicating Anna's five-year-old son was undressing and exposing himself on the school bus. As his maternal grandparents were considered his primary caregivers at this time, they were notified.

They were cooperative and were following up with the school about this behaviour, so the referrals were closed.

Anna called the income assistance office in March to ask for extra money for diapers, but she had not been to the Food Bank, which issues them (although she claimed she had), and was told to go there first.

In April Anna went back to the Perth-Andover area and applied for income assistance as a single parent with one child—her three-year-old daughter. Juli-Anna, 15 months old, was living with her father and his mother in the same community. By May, the family was reunited, both parents and the two children living together. Since the father was working, Anna called on May 7 to cancel her income assistance.

At the end of October Anna requested income assistance because the father had left for Toronto to work. Since he had just received an Employment Insurance cheque, she was screened out.

Anna and her daughters took up residence in a transition house at St. Stephen, and she again applied for income assistance. She was now 18 weeks pregnant with a fourth child. The department received a referral that Anna had to be constantly reminded to care for her children and keep them clean. It was also reported that the children had lice when they came, and although Anna was shown proper hair care, they would still have lice when they left.

Issued a special benefit of \$1000 to set up a household in the St. Stephen area, she got an apartment, but paid neither the rent nor the damage deposit.

Over the next while, which turned out to be the last five months of Juli-Anna's life, the situation got worse. According to the file, Anna moved eight more times, and eight more referrals were made to FCS.

One of those came on November 18, while Anna was still in the St. Stephen area. It reported that her daughters had lice and that their clothes and bodies were dirty. She had also been seen hitchhiking with the girls.

A social worker in St. Stephen attempted to investigate, but despite going several times to Anna's apartment, could never find her at home. After determining that Anna and the children had left the area, she called the Woodstock office to refer the case there. Meantime, FCS in St. Stephen got a referral informing them that, in addition to not paying the rent and damage deposit, Anna had left the apartment filthy. The social worker later verified this, finding the apartment rife with garbage, moldy food, dirty dishes, and abandoned household effects.

The Woodstock office did not act on the referral from St. Stephen. Not knowing Anna's whereabouts, they closed the case as being unsubstantiated.

Her whereabouts were not a mystery for long. On December 5, , Anna applied for income assistance as a single parent of one child—her three-and-a-half-year-old daughter, living in the Plaster Rock area. On the same day, Juli-Anna's father applied for income assistance as a single parent with one child (Juli-Anna, now 23 months old) living at the same address in Plaster Rock, but in a different apartment.

Another referral came in concerning Anna's care of her children on December 9. They had been seen in the Perth-Andover area wearing no shoes, socks or jackets, despite the season and cold temperatures. The report also said that the baby (Juli-Anna) had a bad diaper rash.

A social worker went to Anna's apartment to investigate this report on December 18. She found Anna to be passive-resistant. She asked the worker to return at another time, because she was on her way to the church to pick up a Christmas box. The worker agreed and went back an hour later. Anna was still resistant and asked the worker to return some other time, because she was having a bad day. As a consequence, none of the allegations received November 18 and December 9 were investigated until the following Tuesday, December 22.

On that day, Anna appeared less stressed and was more cooperative. She denied the children had lice or that she took them outside without appropriate clothing. The worker reported there was lots of food in the home, and the children were clean. Also, Anna indicated an openness to receiving early intervention services, despite her history of non-compliance with voluntary services.

According to records, several allegations were not addressed on this visit. They included the diaper rash, lice, the filthy apartment in St. Stephen, her transient behaviour, hitchhiking with young children, her new pregnancy, and the misuse of income support. The history of the case suggests that, apart from the lice, none of the problems was new.

Again the department decided there was insufficient information to open a case. As in the first instance, this decision was taken in consultation with a supervisor. The recent referrals were deemed unsubstantiated, and no comprehensive risk assessment was undertaken.

In January, 2004, Anna and her children moved to another apartment in Plaster Rock. In February, they returned to Perth-Andover. On the 18<sup>th</sup>, a professional source called the department to express concern that Anna had again moved to a community where she had little family support. Her three children were now aged six, four and two, and the birth of her fourth child was expected in just six weeks. Despite Anna's history of transient behaviour, and the fact that her children were very young and vulnerable, this call was considered only as information, and the case remained closed.

Another referral, also from a professional source, came in on February 25. This caller expressed concern about two large Rottweiler dogs in Anna's home. The caller said two young children in the home, two-year-old Juli-Anna and her four-year-old sister, were

"approximately face to face in height to these dogs." He was very worried they might attack the children. He also reported a strong smell of marijuana coming from the home, so palpable that the smoke could be seen.

After consulting with a supervisor, a social worker called Anna to tell her that it was her responsibility to ensure the safety of her children. The call was made on March 11, and Anna's response was that the dogs were very calm, and never growled at the children or barked at babysitters who came to the home. The social worker did not ask about the smell of marijuana, and the referral went no further.

Documentation shows that, in March, Anna and her children were again living in the Plaster Rock area.

A referral on March 1 concerned Anna's son, now six-and-a-half. He was apparently getting little supervision at home. He had taken to riding his bicycle long distances from the home, and the police had twice intervened with him. The boy said a family member sometimes hit him with a piece of kindling wood. Past drug issues in the home were mentioned, too. Although the case was given a high priority, which called for investigation within 24 hours, the supervisor advised the social worker to wait until after March break (still some days away) to interview the son in school. There is no documentation of why the supervisor did not follow standards and guidelines when deciding to postpone the interview, which finally took place, at school, on March 11. On the same day, the social worker attempted to visit the grandparent's home, but no one was at home. Anna, meanwhile, was claiming that the son was again living with her.

After further consultation with her supervisor, the social worker again advised Anna of her responsibility to ensure her children's safety. She was told she must make sure the dogs were "safe to be around children." The family member did not return the social worker's calls. A file note indicates the social worker was to inform Anna of her son's allegation against the family member, but it appears FCS abandoned efforts to complete this part of the investigation. The situation was again assessed as being at low risk.

On March 19, a referral reported Juli-Anna had been brought to the hospital the previous day with mouth ulcers. The report noted several old bruises on the child's body (forehead, face, legs and back) and burn marks on one of her hands. Anna claimed this had been caused when the child tried to retrieve a toy from a heater. Lack of supervision and negligence in the home were suspected.

The referral source also reported that Anna had a new boyfriend and that he and his two young children were living at her home. The source made the observation that, "Listening to the family history, I really think some supervision through social services is important here."

The social worker consulted with her supervisor, then called the hospital to say that an investigation would be opened but that Juli-Anna could be released into her mother's care. The hospital was told a social worker would visit the family in the next few days.

FCS records show that it considered this latest information to have come from a "credible, professional referral source/witness to child's injuries." This, coupled with the child's age and FCS's history with the family, prompted the kind of priority response the department gives to situations considered "damaging, but not life threatening or dangerous." It called for a social worker to investigate the complaint within four days.

The social worker did attempt to investigate within four days, but when, on March 23, she visited Anna's home in Canterbury, to which she had recently returned, she was not at home. She had gone to Plaster Rock to complete some tasks related to the move. The social worker did not attempt to go into the house at Canterbury because she saw dog collars and chains in the yard and thought the family's large dogs might be loose. Instead, she called the home on her cell phone. A relative who was babysitting the children told her Anna would be back after dinner. The worker also called a social worker at the local hospital and asked to be informed when Anna delivered her baby.

Records show that the social worker completed a safety assessment form and made a decision on Juli-Anna's immediate safety on March 23. The safety statement said: "Child (ren) not considered to be in immediate danger of serious harm or neglect." A question on the form asking, "Are there other interventions/actions required?" was answered "yes." As to what these were, she wrote: "Social worker to revisit home when Anna delivers child/Anna due in four days/March 27<sup>th</sup>". She also wrote that the "visit is needed to ensure safety of new baby."

It is crucial to understand that the immediate safety assessment of these children that day was made without the children or the mother having been seen, or without any other evidence having been obtained that would allow an informed decision about their safety.

On April 6, another referral came in from the community about the two dogs at Anna's home. She was now a week overdue in her pregnancy. She had agreed to voluntary services, but she was not keeping appointments, nor was she at home when service providers visited. A nutritionist, an early intervention worker, and a public health nurse had all tried to meet with her, but without success. The social worker who received this latest referral consulted a supervisor, who decided there were no protection concerns, and to treat it as an information referral only.

In the early morning hours of April 13, 2004, Juli-Anna, aged two years, three months died at the Carleton Memorial Hospital in Woodstock. She had been rushed there by ambulance, after her mother discovered that she was not breathing. A valiant effort was made to resuscitate her, but it did not succeed. Later in the day, Anna gave birth to her fourth child.

As described in the Coroner's Report, an autopsy determined that the immediate cause of Juli-Anna's death was "peritonitis and sepsis due to perforated recto sigmoid (foreign body)." The foreign body was a green-coloured plastic pen 8.5 centimeters long that had somehow found its way into her small body and perforated her bowel. Anna and her

boyfriend were jointly charged with failure to seek medical assistance for her, thereby causing her death.

Extensive medical evidence at a subsequent trial revealed that Juli-Anna had been gravely ill for at least three days before her death and would have suffered greatly. Her death was agonizingly painful.

On October 25, Anna was found guilty. Her ex-boyfriend was acquitted because the judge ruled he did not have a duty of care for Juli-Anna.

In her 27 months of life, Juli-Anna had lived, with her family, in at least 14 different places. These ranged all the way from St. Stephen to Plaster Rock, and also included Benton, Canterbury, Woodstock, Perth-Andover and Aroostook. Child Protection Services had received 16 referrals about the situation, but, in the end, this little girl was not safe in her own home, and the system intended to protect her did not do so.

## **5.0 RISK FACTORS**

One of the surprising things about this case history is that, even with all of the referrals from professionals and members of the community, a child protection case was never opened during Juli-Anna's lifetime. There were frequent investigations, but none led to an ongoing child protection case during the 27 months of Juli-Anna's life. Ongoing child protection services were only provided twice for this family: once when Juli-Anna's father was found guilty of hitting Anna's son in 1999 (the case was open for approximately 20 months), and the other after Juli-Anna died suddenly and unexpectedly.

When evaluating the safety and well-being of a child to determine if a case should be open for ongoing service, social workers take 22 risk factors into consideration, as specified in an established risk management system. In reviewing the history of Juli-Anna and her family, it is important that we mention some of these risk factors and how they were continually underrated, minimized, and misread by the social workers involved with this family. As a consequence, an ongoing case file was not opened.

### **5.1 Allegations of drug use**

Allegations of drug use by Anna and Juli-Anna's father were raised often in the history of this family with FCS, and by credible sources. Even when Anna was a teenager, concerns were expressed about her alcohol and drug use. On one occasion, during a meeting with them at FCS, the smell of marijuana was detected on both parents. Numerous professionals visiting the home also reported the smell of marijuana. On the few occasions when they were confronted with this issue, they always denied using drugs.

### **5.2 Child physical and sexual abuse allegations**

We found three allegations of physical abuse against Anna's son during the course of our file review. The first happened in July, 1999 when Juli-Anna's father violently shook Anna's two-year-old in the parking lot of a Fredericton mall, an assault that is described elsewhere in this report. The father was convicted and had conditions to meet as part of his probation order. Although he did not meet those conditions (attending, for example, only four out of eight anger management sessions), FCS did not hold him accountable, and eventually allowed him back into the house without raising any questions.

The second allegation of physical abuse came in July, 2002, when a woman allegedly assaulted the son at a gas station. The license plate of their vehicle was traced back to a family member. The police were not brought into this investigation, and the reason was not documented as it should have been according to existing practices. This investigation was not adequately completed.

The third allegation of physical abuse against the son was made when the child was interviewed at school on March 3, 2004. He said a family member had hit him with kindling, sometimes with his pants up, sometimes with them down. According to the

documentation, the police were never called, and the family member was never confronted. Anna was simply told that it was her responsibility to protect her son. This investigation was never completed.

In addition to the allegations of physical abuse, there was one disclosure of sexual abuse. In July, 2000, a family member reported that Anna's son told them that a family member had touched him inappropriately. The next day the source recanted, saying they were talking about a hypothetical situation. Two unsuccessful attempts were made to question the child. A physician examined him and noted no physical evidence of abuse or trauma. The police were not called, and the individual in question was never confronted with the allegation.

In February, 2003, the son's sexualized behaviour became a concern. On one occasion, he totally undressed on the school bus. The referral concerning this incident was recorded as an information-only call, and there was no follow-up.

### **5.3 Transient behavior of Anna**

From the time Anna began receiving services from Family and Community Services as a parent, to the time of Juli-Anna's death, she moved at least 24 times that were documented. In the 27 months of Juli-Anna's life, the little girl lived in 14 different residences. Anna's transient lifestyle put her young children at risk in many ways. A lack of stability, security and continuity is known to be detrimental to children, but social workers assessing the family consistently ignored this important risk. In documenting this risk, they consistently rated it as low, for the stated reason that Anna's transient behaviour was not being assessed, but rather the physical condition of the home when they visited. However, the risk management system they use actually addresses not only the possibility of hazards, but also the instability caused by the housing situation, the loss of residence, and multiple relocations. According to the documentation, no effort was made to assess the effects of this extremely transient lifestyle on the development of these very young and vulnerable children.

Anna's transient behaviour also jeopardized, time and time again, her source of income. Every time she moved, her case had to be reassessed. Every time, she put at risk a stable income and her ability to meet her children's basic needs of food and shelter. It was well documented that Anna had difficulty paying her rent, buying food, and paying for diapers. More than once, NB Power threatened to cut off her electricity, and she had to resort to extreme measures that included calling on the Salvation Army to provide money for basic necessities. This factor was often ignored when social workers assessed the risk of neglect to the children.

On three occasions, it was reported to FCS that she had left her apartment, sometimes without paying rent and or giving notice. More disturbing was the condition of the apartment when she left. Apartments were reported to be full of garbage and laden with

cat feces, dirty diapers, unfinished children's medications in the fridge, moldy food, and filth. There was also, in one instance, extensive damage to an apartment.

Although social workers consistently reported that housekeeping standards were acceptable when they visited, the information that came from landlords refuting those assessments should not have been ignored. With vulnerable young children in the home, it should have been noted as an indicator of negligence. Sometimes the workers' assessments were confusing and illogical. In one situation, it was reported that the baby and the area immediately around her were clean, but that the rest of the residence was dirty.

#### **5.4 Mother being uncooperative**

On numerous occasions, Anna refused entry to social workers, making it impossible for the child protection authorities to check on her young and vulnerable children. In only one instance is there documentation that the social worker called the police for assistance, and, on that occasion, Anna and the children were gone when the worker returned with the police. Nevertheless, this particular investigation was closed without most of the allegations being checked. Anna also refused to let her son be interviewed by a social worker. She often expressed hostility towards FCS and, at times, disappeared for long periods, leaving authorities unaware of the children's whereabouts. Again and again, she discontinued the services offered her, or simply cancelled or did not appear for appointments. This, compounded by her history of transient behavior, and her record of refusing entry to social workers, represented a major risk to the family. It appears that in many instances, when FCS could not find the family or gain access to the children, the department simply concluded that the allegations were unfounded and the case was closed.

#### **5.5 Vulnerability of the children**

The vulnerability of these children, due to their young ages, was one of the biggest risk factors in this family. Serious allegations of child neglect were repeatedly made to the authorities, with claims of newborn infants having bloody diaper rashes and being dragged from apartment to apartment. But, according to the documentation, nobody attempted to verify this important information.

Adult supervision and protection of the family were questionable. Dogs large enough to intimidate social workers trying to enter the home roamed freely about the house, while young children belonging to both Anna and her partner played. FCS was not able to persuade the parents to find another home for the dogs, nor was the department willing to ensure a level of protection for these children by obtaining a supervisory order.

## **5.6 Availability of social supports**

Anna's history, as we know it, implies a strained and conflictual relationship with her family of origin. Although she has said her parents were helpful to her, the stories she told suggested otherwise. This is why it is so surprising to see, time and again in the documentation, that Anna's parents were considered an important and reliable source of support. There were also episodes where her parents were very hostile towards FCS. Surely this should have been enough to cast serious doubts on their supposedly supportive relationship with their daughter, on their helpfulness to her in her parenting role, and on their reliability to protect the children. Based on all of this, we believe FCS workers constantly misread the availability and reliability of Anna's social support network.

## **6.0 ANALYSIS AND RECOMMENDATIONS**

### **(1) CHILD PROTECTION STANDARDS**

#### *(a) Assessing the Risk Factors*

The narrative of the previous section makes it very difficult to understand how the family's past history was ignored when it came to assessing the risk to the children. Drug use, the family's blatant lack of compliance with services, Anna's serious transient behaviour, the allegations of physical and sexual abuse, and the strained relationship between Anna and her parents were all well known to authorities. Why were these factors consistently ignored?

The risk assessment process outlined in the Risk Management System Manual and the actual risk assessments done in this case were often in contradiction. On page 70 of the manual, it says: "Where services are being provided at the time of the risk assessment, assign the rating which would apply to each factor if services were withdrawn." It appears social workers were relying on the voluntary services being provided to the family to monitor child protection issues. This is contrary to the risk assessment instruction, and we know how unreliable it would be, given Anna's track record with voluntary services.

It is difficult to understand how the social workers, supervisors, and permanency planning chairs have, on numerous occasions, concluded allegations were unsubstantiated when, in fact, the referral sources were extremely credible and reliable. For example, someone whom our office considers *very* reliable, saw the children with no socks, mitts or hats on a cold day, and looking dirty and hungry. Yet an FCS social worker deemed this report unsubstantiated.

Even when social workers saw the situation for themselves, they did not take crucial information into consideration. The issue around drugs is the perfect example. Many professionals reported the smell of marijuana in Anna's home, and on Anna's person. Moreover, the police told FCS that Anna's home was well known as a place with drugs. A roomful of FCS professionals at a meeting with Anna detected the smell. Anna denied the drug use and that seemed to end the matter.

One of the most puzzling things about this case is the fact that FCS repeatedly chose to close referrals at an early stage and not to conduct an investigation. Although we believe the violation of the standards, as noted above, was serious, the decisions to close the case without adequately assessing these children's needs is the most distressing element to emerge from our review of the FCS file.

We find it extremely strange that, after the first incident of physical abuse on Anna's son (her oldest child) and a 20-month period of FCS involvement with the family, the child protection file was closed, and no comprehensive assessment of the family's functioning was ever undertaken. Between the time the case closed in 2001 and Juli-Anna's death in

2004, two more children were added to the family, and another was on the way. During this period, the family moved many times, and FCS received several complaints of child neglect. Our review of the file produced no evidence of an effort to interview Juli-Anna's older sister, who was four when the baby died. Nor, according to the documentation available to us, was much effort made to assess the 22 risk factors outlined for social workers and supervisors in the Risk Management System Manual. For example, the caregiver's expectations of the child, which would have assessed Anna's understanding of appropriate child development, her discipline methods, and her capacity to provide emotional support to her children. The parents' mental capacity to care for a child should also have been assessed. How, for example, did the financial stress Anna experienced affect her and her family life? How did it affect her coping mechanism? Did she ever act on impulse, or experience feelings of hopelessness, anxiety, and low self-esteem, and how did these emotions affect her parenting? Another factor was the family influence. How were conflicts handled between Anna and her partner? Did the children ever witness physical altercations between Anna and any of her partners? And there is the issue of the child's vulnerability and response to the caregiver. Who does the child seek out when he/she is upset or sad? How did the children react to their mother's affection?

These are only a few examples of what the workers should have been assessing when a new referral came in, to make informed decisions on the well-being of these children. Even more alarming is the fact that historical information about the family was carried over from previous risk assessments, without new information being verified.

#### **Recommendation #1**

**The Department of Family and Community Services should ensure that risk factors are being properly read, interpreted and rated.**

#### **(b) Using the permanency planning committee**

One of the processes used when a case is being serviced in child protection is the Permanency Planning Committee. This committee is a regional decision-making body which oversees and approves major case decisions in child protection and child-in-care services<sup>1</sup>. The committee consists of three or more people, two of whom must be the social worker and supervisor involved in the case. The mandate of the Permanency Planning Committee is:

- provide a forum for decision-making and support to the social worker and supervisor;
- ensure consistency in decision-making;
- provide a broader knowledge base when decisions must be made;
- lessen bias and error in decision-making;
- prevent foster care drift of children in care;
- provide a monitoring and review process for case plans that is based on the principles and standards of permanency planning.

---

<sup>1</sup> All information regarding the Permanency Planning Committee is taken from FCS's Child in Care Standards.

Decision-making in the committee is by majority rule. If committee members cannot reach a decision, the chairperson decides.

A reading of this file leaves one puzzled, to say the least, as to why FCS did not at some point seek a supervisory order from Family Court. A supervisory order is a court order allowing FCS to monitor the family. Conditions that the family must meet are usually attached to an order. A supervisory order signals that child protection authorities have concerns about the safety of the children and that it cannot work on a voluntary basis with the family, one of the possible reasons being that the family will not accept their involvement. It is a step taken which might lead eventually to the removal of the children from the home if the parents do not comply with the conditions set out in the order (although a supervisory order is not a prerequisite for the removal of children from their home nor is the removal of the children automatically the next step if the parents do not comply). In this case, it was twice suggested that a supervisory order should be obtained. The first time was at a permanency planning meeting on December 7, 1999, when a social worker recommended a supervisory order in order to get the parents involved in different services (parent aid, anger management, home support). Instead, the committee chair, who was the program delivery manager, negotiated a voluntary agreement with the parents. We believe this was inappropriate because, even at this early stage, the parents were known to be difficult to serve, uncooperative, and non-compliant. The chair was quoted as saying he did not want to "over-service" the family or duplicate its services. We question this decision, which seems to show that child protection concerns were being minimized to accommodate the parents.

The second missed opportunity was at another permanency planning meeting, in April, 2001. A social worker was in the process of deciding to close the case. Professionals involved in the case voiced their concerns about it being closed. The suggestion was made that, if the case were re-opened, a supervisory order should be sought to obtain compliance. Within a week, a new referral came in. No supervisory order was sought then, or at any time after 6 more referrals were received up to April 13, 2004, the day Juli-Anna died. In fact, the file was never re-opened in child protection until April 20, 2004, a week after Juli-Anna's death. Over that period, the case was occasionally opened for investigation upon receipt of the referral, but it was never moved along to long-term child protection services. This was because the chances of future harm to the children were constantly rated at low risk.

### **Recommendation #2**

**The Department of Family and Community Services should review the function of the Permanency Planning Committee to ensure it is being properly used.**

#### **(c) Following practice standards & guidelines**

##### **Practice Standards**

FCS has practice standards and guidelines for its child protection services. According to the manual, which was revised in January, 2007, the practice standards are "mandatory and establish a minimum level of performance," while the guidelines are optional procedures considered desirable but not mandatory. The guidelines and standards

constitute a minimum threshold that should be met and are intended to complement, but not replace, good social work practice. The practice standards are used in conjunction with the department's risk management system, which assists workers in assessing the risk while making the following decisions:

1. To investigate or not to investigate (made at "intake," i.e., when the referral first comes in).
2. To determine the response time to a referral (also made at "intake").
3. The child's immediate safety (made during the investigation).
4. Verification and conclusion of the report (made during the investigation).
5. Assessment of risk of future harm/neglect to the child, and whether or not to open the case for further FCS involvement (made during the investigation).
6. Determining the level of service/case plan (made during ongoing service).
7. Periodic re-assessments of risk (made during ongoing service)
8. Should the child be removed from, or re-united, with the caregiver? Also, decisions made as a result of significant events. (Made during ongoing service).
9. To close or not to close the case (made during ongoing service).

The manual specifies, in practice standard 8, that the social worker must consult with the supervisor and have all decisions of the types listed above approved.

Child protection practice standards exist for several reasons:

- To implement the provisions of the *Family Services Act*, and regulations, by providing operational direction.
- To describe an expected level of performance for the delivery of child welfare services.
- To state what families and the public can expect.
- To assist regions in monitoring the performance of staff.
- To assist the department in monitoring its performance by facilitating measurement.

### Guidelines

The child protection guidelines, meanwhile, are procedures considered optional but desirable. Unlike the practice standards, they are not mandatory. They help clarify how to carry out practice standards.

Guidelines may be set out for several reasons:

- To allow greater flexibility and discretion of practice.
- To indicate a preferred practice.
- To indicate desired behaviours and interactions that cannot be thoroughly measured or precisely stated.
- To indicate a desired state or level of performance.

Officials of the Department of Family and Community Services did not meet some practice standards on several occasions in this case. A clinical audit conducted by the department after Juli-Anna's death indicates there were also instances where practice standards (mandatory) were not met.

### **Recommendation # 3**

**The Department of Family and Community Services should ensure that practice standards are being adhered to, not just in Woodstock, as per their internal recommendations, but all over the province. If staff are unable to adhere to the standards due to workload issues, the department should determine why, and make adjustments accordingly, i.e., hire more staff, if workload necessitates.**

#### ***Particular standards not followed***

##### ***Physical abuse allegations***

In July, 2002, it was alleged that a woman hit a boy at a gas station. The license plate of the woman's vehicle was taken down and traced to a family member. In reviewing the file, we found no indication that the following standards were met: (a) practice standard 23 – informing the police, (b) practice standard 21 – receipt of a report of third party abuse, (c) practice standard 26—impeding or denying access to child or to documents during an investigation.

(a) *Practice standard 23--informing the police:* This standard states: "After consultation with supervisor, unless otherwise exempted by supervisor, the social worker will contact the police immediately in all cases of sexual abuse, child abuse and neglect cases where criminal activity is suspected. The decision must be documented when we decide not to contact the police." It is not clear why the police were not called to investigate, or at least to assist, nor, if a decision had been made not to call them, was the reason documented.

(b) *Practice standard 21--receipt of a report of third party-abuse:* This standard states that, "when a report is received that a person other than the parent has abused/neglected a child, decision to investigate or not shall be made in consultation with a supervisor unless otherwise exempted by supervisor. If there are reasonable grounds to begin an investigation, you will have to determine two things: a) Could the parent(s) have prevented the abuse/neglect? (b) Has the parent taken steps to protect the child in the future from the alleged perpetrator?" It is not documented whether or not the worker at any time discussed with Anna her role in the incident. Neither her version of the event, nor her role in protecting her son against such outbursts of anger from family members in the future, are documented.

(c) *Practice standard 26:--access to child or access to documents is impeded or denied during an investigation:* This standard says that when access to a child is impeded or denied during an investigation, a social worker must:

- Inform those impeding or denying access that the department has a responsibility to proceed to court if access is denied.
- If it is necessary to pursue an intervention, and if voluntary cooperation is not possible, proceed with the required court alternative
- Consult with the supervisor about applying to the Family Court for an order authorizing an investigation under subsection 31(2.2) of *the Family Services Act*.
- Contact the police immediately when their participation is needed to carrying out an Order authorizing an investigation.

Denying access to a child during a child abuse investigation is very serious. Our review indicates that, each time Anna became hostile with FCS, the department left her alone. It appears, from the department's incomplete investigation, that FCS focused too much on accommodating Anna instead of meeting its obligation to investigate the child abuse allegation.

#### ***Physically viewing the child***

Practice standard 25, in place at the time of this child's death, read as follows: "In every situation you must determine if the child's security and /or development is or may be in danger." This applies to the investigation phase, when it has already been determined that an investigation is necessary. On March 19, 2004, when Juli-Anna had been brought to the hospital with mouth ulcers, and the doctor subsequently made a referral to FCS, stating that he thought the child might be a victim of a lack of supervision or child neglect, FCS determined that an investigation was warranted. Under "investigation process," the practice standard instructs: "Meet the child to observe or interview in order to validate the referral." The social worker did as she was supposed to and attempted to visit the family on March 23, four days after the referral was received. However, as noted earlier in this report, she did not see the family then and decided to return when Anna delivered her fourth child. The worker's notes show that she was under the impression this would happen shortly, since the due date was only a few days later. As it turned out, the mother did not deliver until April 13, the day Juli-Anna died. The worker did not see the child after the March 19 referral, nor did she attempt to visit the family after her failed visit on March 23.

I was pleased to see, in the "Child Protection Services Practice Standards and Guidelines," updated in January, 2007, almost three years after Julie-Anna's death, that certain changes had been made to practice standard 25, which is now practice standard 27. Under this new standard, which is titled, "Risk Decision: Verification and conclusion of the report," it is written: "In order to accurately assess risk to all children and to determine the level of intervention and appropriateness of services, the Child Protection Social Worker **must** see all children who have not entered the public/private school system or children who are disabled, in their home environment during the investigation phase and directly observe the children's living situation." (Emphasis added.)

However, a few lines down, under “Guidelines,” in the English manual the text is a little different: “In order to accurately assess risk to all children and to determine the level of intervention and appropriateness of services, the Child Protection Social Worker **should** see all children whether in the public/private school system or children who are disabled, in their home environment during the investigation phase and directly observe the children’s living situation.” (Emphasis added.)

To eliminate any doubts and ambiguity about the fact that the children must be seen by the social worker during the course of the investigation, the text under the guidelines must be removed altogether.

#### **Recommendation #4**

**The Department of Family and Community Services should alter the practice standards and guidelines as follows: Practice standard 27 should continue to read as follows: “In order to accurately assess risk to all children and to determine the level of intervention and appropriateness of services, the Child Protection Social Worker must see all children who have not entered the public/private school system or children who are disabled, in their home environment during the investigation phase and directly observe the children’s living situation.” I further recommend that the similar text under “Investigation Process” be removed.**

#### **(d) Looking at the entire history of FCS’s involvement with family**

The child protection practice standards outline, under standard 18, the expectation that, when a new referral comes in on a family, a check will be made of prior contacts the department may have had regarding that family. This means the social worker receiving the complaint, and the social worker assigned to the investigation, must retrieve all information available on the family from FCS’s files, including earlier referrals. This information has to be reviewed and, most important, it has to be considered along with the new referral. In other words, when a new referral comes in, the entire previous history must be examined, too. The new information should never be assessed in isolation.

The information in this report makes it obvious that this family had an extensive history with FCS. Many of the referral forms filled out by the social worker at the “intake” stage indicate that the family’s history was retrieved. Evidence suggests, however, that this previous history was seldom taken into consideration. A review of the case shows that, time and again, referrals were assessed in isolation from the family’s previous history with FCS.

In revisions, finalized in January, 2007 to standards in place at the time of Juli-Anna’s death, a few changes were made to practice standard 18, which became standard 19 in the new document. None of the changes, however, relates to checks of prior contacts, and none relates to how the family’s previous history must be analyzed against the new referral. Moreover, in the risk management system manual, the text that deals with the issue of previous involvement of the family with FCS reads: “Determine if there has been prior involvement and specify nature of such.” In my opinion, this is insufficient.

**Recommendation #5**

**The Department of Family and Community Service should modify practice standard 19 in the risk management system manual to include a clear statement that, when assessing every new referral on a family, all findings from the family's previous involvement with child protection services must be taken into account with the new referral information. As well, clear instructions should be provided about how the information in the records of the family's previous involvement with FCS's child protection services must be part of the decision to investigate or not to investigate the new referral.**

## (2) CHILD NEGLECT

It was important for me to speak in this report on the issue of child neglect. FCS has described the story of Juli-Anna and her family as a case of neglect. There were three reports of physical abuse on Anna's son, (two of which were never fully investigated), and one report of alleged sexual abuse. There was also a report of inappropriate sexualized behavior. But the majority of complaints to FCS about this family concerned the mother's neglectful behaviour regarding her children.

Child neglect is defined in the following ways: "Physical neglect refers to acts of omission on the part of the parent/caretaker. This includes failure to provide for the child's basic needs and appropriate level of care with respect to food, clothing, shelter, health, hygiene, and safety, as determined by the community's minimum level of care standards."

"A child whose physical, mental, or emotional condition has been impaired or is in danger of becoming impaired as a result of the failure of the child's legal guardian to exercise a minimum degree of care in supplying the child with adequate food, shelter, or education, medical care, supervision, or protection from harm." Eileen Bisgard, J.D.  
(Staff Attorney, Rocky Mountain Children's Law Center, Colorado Bar Association, page 1)

"Neglect is a parent's failure to meet the various needs of her/his child. It is defined more in terms of a lack of behavior beneficial to the child and less in terms of harmful parental conduct."<sup>2</sup>

In my opinion, the following excerpt summarizes well the case of Juli-Anna's mother Anna:

"The majority of neglect is due to ignorance and chaos in the caregiver's life. In many situations, the lack of adequate childrearing information, skill or resources contribute to a neglectful situation. In many cases, neglectful parenting exists on the same continuum as adequate parenting. Neglectful parents may not be aware that their actions (or lack of actions) are of a sufficient degree to potentially result in harm to the child. Overwhelmed parents are often uncertain of what to do to get help with care giving and are reluctant to bring negative attention upon themselves. For example, fear of intervention from child protection agencies provides compelling pressure for some to minimize or deny neglectful conditions. While other forms of child maltreatment, such as physical and sexual abuse, may occur in episodic patterns or as single events, neglect tends to be chronic patterns of inadequate or age-inappropriate care."<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Éthier, Bourassa, Klapper, Lajoie, Gough, Léveillé, 2007-Centers of Excellence for Children's Well-Being, 2007

<sup>3</sup> Perry, B.D., Colwell, K. and Schick, S. *Child Neglect* in: **Encyclopedia of Crime and Punishment** Vol 1 (David Levinson, Ed.) Sage Publications, Thousand Oaks pp 192-196, 2002.

Child neglect represents the majority of child protection cases referred to child welfare agencies in Canada and the United States. In some jurisdictions, studies have shown that 40 to 60 per cent cases investigated by child welfare agencies involved child neglect.<sup>4</sup>

According to FCS's report, "Children Come First," published in 2000, neglect cases in New Brunswick have represented the majority of referrals as far back as 1985. Since 2002, this trend has continued, with referrals concerning the neglect of children running higher, at 53 per cent, than the physical (28 percent) or sexual (19 per cent) abuse of children. (This breakdown does not include referrals involving emotional abuse and neglect.)

The Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect is a national child health surveillance initiative which collects data every five years on instances of child maltreatment reported to child welfare agencies in Canada (excluding Quebec). The study found that, between 1998 and 2003, the number of investigated child maltreatment cases increased by 86 per cent, while the number of substantiated child maltreatment cases (those that investigation proves founded) increased by more than 125 per cent (Trocme et al, 2005). For the same period, the number of substantiated child neglect cases almost doubled (Trocme et al, 2005). (Note: these numbers reflect an increase in the number of cases reported, not necessarily an increase in child maltreatment in the country.)

It has become evident that the increase in substantiated child neglect cases has contributed considerably to the increase of child welfare caseloads in Canada. This pressure on the child welfare system, combined with cuts in social programs, leaves social workers and the families they serve very vulnerable. High caseloads and dwindling resources prevent social worker from building relationships with families (Farris-Manning and Zandstra, 2003).

Many people feel child protection has become an overwhelmed, reactionary, crisis-driven system that deals with the most urgent and obvious situations, like physical injuries, but one that has become incapable of focusing on issues of child neglect, let alone the prevention of such conditions. Research shows that the consequences of child neglect are as severe as other forms of child abuse (physical or sexual). "Indeed, neglect in early stages of life may lead to severe, chronic and irreversible damage" (Child Trauma Academy, 2007). In addition, we know that child neglect "is the least studied and most poorly characterized form of child maltreatment" (Child Trauma Academy, 2007).

"Early identification is the most important element of intervention. Unfortunately, several factors hinder detection of neglect. In our current social structure, many families are physically or socially isolated. This means that the neglected infant, toddler and young child may not be seen by any other responsible adult. When a child does come to the attention of other adults, in school or other settings, there are no overt bruises or marks left behind, to serve as indicators" (Child Trauma Academy, 2007).

---

<sup>4</sup> Lacharité, Chamberland, Baraldi, Centre of Excellence for Child Welfare, 2004; Tomnay et Doering, Santé Canada; Trocmé et al. 2001

Many professionals refer to a “neglect of neglect” among policy-makers and professionals. In other words, neglect, possibly the most detrimental form of child maltreatment, receives less attention from government and media than do physical or sexual abuse.

In addition, child neglect has “traditionally been linked to poverty and economic challenges for Canadian families.” (“The Welfare of Canadian Children: It’s Our Business,” published by the Child Welfare League of Canada, 2007.) A Quebec research group focusing on child neglect “have come to refer to neglect as a ‘world,’ a sort of neighborhood, in which isolated, vulnerable families--the poorest of the poor--struggle to survive” (Centre of Excellence for Child Welfare, 2004).

Reviewers of the Jacqueline Brewer case, another New Brunswick child whose death highlighted weaknesses in the child protection system, found that most referrals to child protection authorities at the time of their review were cases of child neglect. The situation was virtually identical in Juli-Anna’s case. FCS officials considered the Brewer case less serious than other cases of chronic neglect being supervised by child protection services in the Saint John region. The reviewers also noted few departmental documents existed that clearly defined neglect, let alone directed staff on how to deal with the cases. In addition, the reviewers commented on the challenge facing social workers when they must balance the child’s right to protection with preservation of the family.

Similarly, departmental staff involved in Juli-Anna’s case confided in interviews with my staff and me that, although it was well known in their office from numerous referrals over the years, it was not seen as a serious neglect case. In fact, it was not seen as a case needing a lot of attention from child protection authorities.

As a society, we should be extremely concerned with these findings. Not only have we failed Juli-Anna and her family, we continue to maintain a system that allows the poorest and the most vulnerable to be marginalized and excluded. Canada’s wealth and prosperity have not benefited everyone, especially not those needing it most. Being horrified when a case like this reaches the media is not enough. Nor is laying all the blame on the child’s mother. It must be shared by all of society, because we have all made choices that landed us in this situation.

The two times a child protection case was opened for ongoing service to this family were: when Anna’s son was physically abused before Juli-Anna’s birth; and after the little girl died. It was never opened for ongoing service because of the numerous neglect issues. We think this is alarming, considering the research outlined above. As indicated, neglect is serious, perhaps more detrimental than, and deserving as much attention as, physical abuse.

Although, since the Brewer Child Death Review, changes have been made to some child protection standards used by staff in conducting investigations and providing services to families, it appears a lack of clear understanding and direction regarding cases of child neglect persists, and three recommendations made almost 10 years ago still apply.

Consequently, I am adding them to the recommendations resulting from our review of Juli-Anna's case.

**Recommendation # 6**

**The definition of child neglect should be reviewed with a view to providing child protection workers and other support workers with clear and unambiguous guidelines for assessing cases of chronic neglect, and establishing risk levels.**

**Recommendation # 7**

**All child protection workers and other related services providers should be given clear direction and training in identifying, understanding and working with cases of chronic child neglect.**

**Recommendation # 8**

**Greater clarity should be provided on the dual function carried out by child protection workers in helping to preserve the family while ensuring the best interest and safety of the child.**

### **(3) CHILD PROTECTION WORKERS**

*Child protection workers go into everyday some of the worst situations that exist outside of a war zone.*

Dr. Andrew Turnell

#### ***The life of a child protection worker***

Child protection social workers have one of the most challenging jobs in New Brunswick. And although errors in professional judgment by social workers on this file cannot be overlooked, it is evident they occurred in extremely stressful circumstances.

Management, too, must take responsibility, for not listening to their repeated requests for help.

It is important to note the work situation in this particular FCS office during the time in question. After senior management was made aware that the work environment in FCS's Woodstock office was less than ideal, an environmental scan was done there in the early months of 2001. FCS then developed an action plan in response to the report. Later, a workplace assessment was carried out. Recommendations resulting from the environmental scan included -increasing the number of administrative positions from two to four, obtaining more physical space, and providing additional training for staff. The only recommendation made from the workplace assessment was that the deputy minister and regional manager should put forth a consistent message of empowering social workers.

Separate from the scans and action plans, the most telling document describing the desperate nature of the workplace near the time of Juli-Anna's death is an email sent to the program manager responsible for overseeing the child protection services in that area on April 6, 2004, seven days before the child died. It sums up concerns raised by the workers in this unit (letters have been substituted for the names of individuals):

"I am sending this email as I feel the need to express my thoughts concerning the ongoing issues with staffing within my unit. I have been working within this unit for close to five years, during which I have noted a continual staff turnover due to overwork, stress, and the ever present "casual" position number we have for our second screener.

"Yesterday I was very disappointed to learn that our current casual screener is leaving our office for a permanent position. X was an excellent addition to our "team" who fit in well, enjoyed the work (and environment) and would like to stay in our unit. I can't fault her for her choice to leave, as I would do the same in her place. Y is also leaving our unit for a more permanent position in another region. Z as you know is currently out on sick leave for an indefinite period of time.

"Our unit has now hit an all time low, though I must say this is just another blow to a team which has been working in constant crisis (but for a few months here and there) for the whole of my employment....The "team" has risen to every challenge during my time here: i.e. carrying CP cases for over a year and a half; constantly working short staffed as one member of the team is always "in training" (or we have a position open); completing more investigations per month this is considered a 'full' work load.

"I know that we have put forth statistics time after time which have supported the need for more staff but our efforts have gone unheard. I personally feel that the time is coming when I will have to look for employment elsewhere or end up on stress leave. Have we not been addressing our concerns to the right people? Do we all have to end up "burnt out" – **Do clients have to suffer and possibly a tragedy happened?** Standards are not being met and I don't see this changing in the near future without changes being made to have the staffing issue dealt with once and for all." (Emphasis added.)

Another worker in the unit sent an email on April 5, 2004, to the same individual with the words "SOS We are Sinking" in the subject line. This email contained a similar message and begged for help.

### ***Staffing***

The email excerpt quoted above gives an indication of the staffing issues during the period of this case. Staffing was also an issue in the Brewer case. In its report on that case, the Child Death Review Committee noted: "Budgetary pressures within the department have led to child protection worker positions being left unfilled for extended periods of time due to the application of the 'vacancy deflator' policy of government. This has resulted in cases being handled in transition for extended periods of time as extra workload for remaining staff."<sup>5</sup> While "vacancy deflator" was not a factor in the Juli-Anna case, other staffing issues existed as a result of difficulty in attracting people to Woodstock, partly because the positions were casual and not permanent.

From Fall 2003 to Spring 2004, there were workload pressures and staffing concerns that the access and assessment unit in Woodstock tried unsuccessfully to communicate to senior managers in Fredericton, who reportedly told the unit to do its best with what it had. At that time, the unit's screening function was done in Woodstock, but the regular screener was on sick leave, and so the unit's child protection investigators had to do the screening in addition to their own investigatory responsibilities. This increased workloads considerably and caused great stress to the social workers, whose morale was faltering because their cries for help were going unheeded. They have told me they repeatedly warned senior management of being unable to meet child protection standards.

---

<sup>5</sup> Creaghan et al, 'Report on the Death of Jacqueline Dawn Brewer', Department of Family and Community Services, July 7, 1998 at page 31.

Shortly after Juli-Anna's death, the screening function in Woodstock was permanently moved to the Fredericton office. In addition, by September, 2004, responsibility for supervising all region 3 screeners had been assigned to a Fredericton-based supervisor.

In January, 2005, a term position was added to the access and assessment unit in Woodstock, but because of on-going difficulties in recruiting and retaining child protection social workers, the position is frequently vacant. Turnover of social workers in the Woodstock office is constant. New social work graduates often go there for their first job, but move on whenever an opportunity presents itself. It remains a concern of mine that maintaining a full complement of fully-trained staff is an ongoing challenge in the access and assessment unit at Woodstock.

#### ***Recruitment and retention of child protection workers***

I am aware that social work in child protection is complex, demanding, and time-consuming. It gets little support from the community, which normally hears about this important work only when things go wrong, as in Juli-Anna's case.

I am also aware that, in the last several years, the Woodstock office, in particular, has had considerable difficulty recruiting and retaining front line child protection staff. Since Juli-Anna's death, a full-time child protection position has been added to the complement of staff in the access and assessment unit in that office, but keeping this position staffed remains highly problematic. And when that vacant position and others in the unit do get filled (usually by new graduates and inexperienced workers), the turnover rate is high.

From our review of the literature, it seems the most effective retention and recruitment strategies are ones that encourage job flexibility and mobility, as well as training and career advancement in a supportive environment where the work accomplished is both recognized and validated.

#### **Recommendation #9**

**The Department of Family and Community Services should plan and implement workplace strategies to address the shortage of trained child protection workers, including an examination of the work environment and working conditions.**

#### ***Training***

FCS offers its frontline child protection workers training in child welfare, including "The Core 100 Series Modules for Child Welfare Social Workers." The five modules of this series are:

- 1) Family-centered child protection services
- 2) Case planning and family-centered casework
- 3) Effects of abuse and neglect on child development
- 4) Separation, placement and permanence
- 5) Legal aspects of child welfare

FCS also offers its child protection supervisors a 12-day in-service training curriculum called "The Core Curriculum for Child Welfare Supervisors and Managers (Core 500 series)."

The four modules of this series are:

- 1) Managing within a child welfare system: leadership, administration and education
- 2) Managing work through other people: diversity in the work force
- 3) Transfer of learning: the supervisor's role in developing staff
- 4) Supervising and managing group performance: developing productive work teams

In addition to the four modules, supervisors and managers attend a two-day follow up session in which the theory, practice and skills taught in the series are reinforced.

There is a plan to add a fifth module, dealing with clinical supervision, to the Core 500 series in the Spring of 2008.

Additional training offered to front-line child protection staff includes risk management and risk assessment training prior to Juli-Anna's death, signs of safety, writing skills for case documentation, and investigative interviewing.

Since child protection social workers and supervisors involved in this case all received the core training outlined above, as well as additional training, we cannot conclude that lack of formal training was an issue in this case.

#### ***Clinical reviews***

After the death of Juli-Anna, the Department of Family and Community Services went beyond their usual internal review and conducted a clinical review of child protection files in the Woodstock office. The clinical review revealed some troublesome trends in that particular FCS office, which prompted the department to take corrective measures. It is impossible for us to say if these trends are limited to this office only, since, as far as we know, these file reviews were not, and are not, being conducted in other regions of the province. The Office of the Ombudsman and Child and Youth Advocate believes this type of review should not be reactive but proactive, and should form part of the overall supervision of child protection services, in particular.

The purpose of conducting clinical reviews of child protection cases is:

- to determine the current level of practice across a sample of cases;
- to validate and confirm already existing good practice;
- to identify areas of improvement in existing practice;
- to assess current practices as they relate to the legislation;
- to identify challenges in the delivery of quality services to children and families;
- to assist in identifying training needs;
- to measure compliance with departmental standards;
- to inform policy changes;
- to assist social workers and managers in keeping children safe.

In the Department of Health and Community Services January, 2000, report, "Children Come First," it was recommended that Health and Community Services ensure that child welfare programs are audited routinely and on schedule to ensure adherence to standards and to identify gaps for improvement. The Office of the Ombudsman and Child and Youth Advocate does not believe this is being done.

**Recommendation: - #10**

**The Department of Family and Community Services should implement a provincial clinical review system to be conducted on a regular basis, at a minimum yearly, on open and closed child protection investigations and on-going open and closed cases, for the purpose of measuring standards and regulation compliance, as well as best practice in clinical child protection service delivery. These reviews should be conducted by a monitoring and accountability team with staff experienced in child protection. The team would be responsible for outlining the results of these audits in a case practice audit report. FCS would then be responsible for disseminating the findings to the regions to improve services to children and their families, and to ensure follow-up on the findings.**

***Rotation of child protection social workers***

In the course of this investigation, and since I have been appointed Child and Youth Advocate, my investigators and I have met dedicated social workers, who do a tremendous job of protecting children every day, in very difficult conditions. A lot of workers travel an uncounted number of hours to get to the most isolated areas of this province to support children and their families. When visiting a home to investigate a new case, they never know what they will find on the other side of the door. They regularly put their own safety at risk, and they struggle to understand the painful situations they often see children in. They also struggle, with limited government and community resources, sometimes with no resources at all, to serve families. Needless to say, the stress level for these workers is extremely high.

We have also met social workers who have been working in child protection for some time and feel they are unable to continue. I have been told that, in child protection circles, especially among young graduates, many feel they have to "do their time" in child protection, hoping to do it for a few years and then "get out," into less stressful social work. I don't think I will get any arguments when I say that having workers who are unable to continue child protection work because of the stress level is not in anyone's best interest, let alone a child's.

During the course of our investigation, our office had several discussions regarding the rotation of social workers. An environmental scan of the Woodstock FCS Office had been done before Juli-Anna's death. In his report on the results, the author addressed the issue of rotation of social workers and determined that a structured rotation was not necessary, but that it should be looked at on a case-by-case basis.

There are pros and cons to having a mandatory rotation of social workers. A regular rotation would provide people with the opportunity to move out of the child protection

area if desired; however, it might also remove individuals interested and experienced in that type of work, and who continue to be satisfied with it for years. A mandatory rotation could disrupt services to children and their families as workers change. I am hesitant to support a “built-in” change of workers for families. Families experience enough of those as it is, for many different reasons. On the other hand, not having a mandatory rotation may mean that social workers who want to change jobs may be unable to do so because of a lack of alternate positions. Again, it serves no one well to keep a workers in a position in which they find it difficult to cope. I would even argue that, in child protection, it is a dangerous practice. This is a complex issue that requires more study.

#### **Recommendation # 11**

**The Department of Family and Community Services should ensure that child protection workers who have indicated they need to be transferred from child protection services be given the opportunity to do so. The Department of Family and Community Services should examine the issue of staff rotation and make recommendations on whether or not it should be implemented and , if so, how.**

#### ***Cooperation between Professionals***

While FCS was involved with Juli-Anna’s family, there was at least one occasion, at a permanency planning meeting, when professionals from other services voiced their concerns about child protection’s decision to close the case. Also, more than once, professionals working with the family, or who became aware of certain information about the family, made referrals to FCS. Yet there did not appear to be a coordinated effort to work with this family. While it is true that child protection services are ultimately responsible for making decisions on cases, other professionals working with families often have privileged access to children and can observe directly the kind of care they are receiving. It is of great concern to me that, on many occasions, referrals made by professionals were deemed unsubstantiated.

As stated in the recommendations of a report submitted to the Department of Health and Community Services, after the death of John Ryan Turner in 1996, there is a need to “coordinate service to vulnerable children and their families.” That report suggested a mandatory, hospital-based child-at-risk committee and a shared computer database that would give mental health and public health personnel and FCS access to relevant service interventions in high risk child protection situations. I am not sure a shared database is the solution; however, it is clear that information needs to be shared more easily.

The Child Death Review Committee, in their 1998 report on the death of Jacqueline Brewer, recommended that “a consultation team approach must be the norm, with all service providers, departmental and non-departmental, being consulted when critical decisions are being made.”

In the Department of Health and Community Services’ January, 2000, report, “Children Come First,” it was recommended that the regions and the central office “find ways of improving linkages and ‘building bridges’ between service providers who must collaborate in order to provide an effective service to children.”

In July, 2005, the departments of Family and Community Services (FCS) and Health and Wellness (DHW) jointly completed a program review of early childhood initiatives. It is incredible that the report then sat for almost two years before being publicly released in May, 2007. I find this unconscionable, given the seriousness of the concerns with the program, and the priority that must be given to remedies.

Home-based early intervention services are one of the seven core health and social services programs in the early childhood initiatives (ECI) the Department of Health and Community Services established in this province in 1994. One of the primary goals of the ECI was to improve developmental outcomes for preschool children who were at risk of abuse or neglect. A great emphasis was to be placed on targeting these services to these children and families at risk.

The review pinpoints several problematic issues with the ECI, including the one most troubling to me in Juli-Anna's case, which was the communication problem between early interventionists and child protection workers. The review indicated that communication between the two was primarily one-way, from early intervention to child protection, but seldom from child protection to early intervention.

Juli-Anna's family was referred for early intervention services (EIS) on two occasions, one in the Fall of 2000 and another in January, 2004 when Juli-Anna was turning two years old. Like other service providers working with the family, the early interventionists found Anna difficult to serve, since she frequently missed or cancelled planned home visits by them. She was very good at eluding services set up to help her.

Of even greater concern to most service providers, however, was that when they expressed reservations about Anna's case being closed as an ongoing child protection case in April, 2001, they felt their concerns were undervalued and not taken seriously by child protection staff. They did not feel included in the case planning process. They were not informed of case status and felt that important information was withheld from them, which could have compromised their safety.

According to the Department's own review, the cause of communication problems between early intervention and child protection needs to be explored and strategies developed to increase collaboration and information-sharing in high-risk cases like this one. I strongly believe that communication between all service providers should be open and ongoing to better serve families and protect children. In addition, ways must be found to engage the families that could most use these services.

The protection of personal information is often cited by child protection as a justification for withholding important information from other service providers, but where the safety and security of a child is concerned, there should be no confusion. It is essential that professionals work together and share information to meet the best interests of children. Juli-Anna's case indicates that work still needs to be done in the area of cooperation between the department and other service providers. It is imperative that the professionals

involved communicate with each other. The recommendation made in the Jacqueline Brewer case, pertaining to professionals working together on cases, is one I am also including in this report.

#### **Recommendation # 12**

**As per the Child Death Review Committee report in 1998, after the death of Jacqueline Brewer, a consultation team approach must be the norm, with all service providers, departmental and non-departmental, being consulted when critical decisions are being made.**

#### **Support to front line child protection staff**

Having a child die while receiving, or having received, services from child protection is the worst nightmare of every child protection social worker and supervisor. When such a terrible tragedy occurs, professionals who provided care often suffer considerable distress. FCS outlines, in Appendix 2(A) of the Child Protection Services Practice Standards and Guidelines, a procedure called "Critical Incident Stress Management: a program dedicated to New Brunswick's Front Line Workers." The document lists situations that call for particular support to workers. Two of these apply to this case: "Incidents that attract considerable media attention" and "death of or violence towards a child." The support program "is intended to reduce the buildup of stress in people who work in high burnout jobs. At the same time, it promotes good mental health for New Brunswick's valued front line staff...." Understanding the impact of critical incident stress and applying appropriate interventions when incidents do occur have been found to be very helpful to front line workers in dealing with the abnormal stress they may encounter in their daily work. It has also been proven to be a cost-effective program. Research has shown that for every dollar spent in prevention services for critical incident stress, seven dollars in remedial employee services are saved.

"Worker 'burn-out' appears to be high and there is a strong feeling among front-line social workers in child protection that they do not get continual support from management in serious situations such as the aftermath of the Brewer case."<sup>6</sup>

Contradictory information has been presented to me about the support social workers and their supervisor in the Woodstock office received from the regional and central offices of FCS in the aftermath of Juli-Anna's death. Having carefully weighed this information, I am not convinced the department offered the support needed by the front line staff. I do note that the above mentioned policy was only created after Juli-Anna's death; however that does not change the ethical obligation to provide support. There is also evidence the department was not offering on-going support to front line staff in the Woodstock office before the death. The email the social worker sent to the program manager seven days before Juli-Anna died testifies to that fact.

We need to support child protection social workers and supervisors in this province who do work most of us cannot imagine doing. The failure to better serve this family cannot be rationally explained, nor should it be excused. Some of the social workers' decisions

---

<sup>6</sup> Ibid.

in this case are questionable. Huge difficulties faced them as they struggled, amid high caseloads and a reduced staff complement, to meet standards and offer high-quality child protection services. These facts cannot be denied and must be balanced in the analysis of this case. One element of it, however, defies all explanation and logic. It is the way the Department of Family and Community Services, at both the regional and central offices, have treated staff involved in this case, both before and after Juli-Anna's death.

**Recommendation # 13**

**The Department of Family and Community Services should ensure that, when similar incidents occur, staff are *promptly* provided with support and, and that the department's policy with regards to these incidents is followed both at the time of the incident and throughout the processes that may follow, i.e. court proceedings.**

#### **(4) CHILD DEATH REVIEW COMMITTEE**

On November 26, 1997, the provincial government announced creation of a Child Death Review Committee. This committee reports to the Minister of the Department of Family and Community Services. As presented on the department's website, the committee's objectives are:

- To review the manner and cause of death.
- To comment upon relevant protocols, policies and procedures, standards and legislation as to whether they were followed and as to their adequacy.
- To comment upon linkages and coordination of services with relevant parties as to whether they were sufficient and adequate.
- To make recommendations that would lead to improvements in order to prevent future deaths or improve services to children.
- To submit a written report within 45 days of official notification from the Minister.<sup>7</sup>

The committee consists of a chairperson who is a retired judge of the Provincial or Family Court of New Brunswick (and appointed by the attorney-general), and a police officer, pediatrician, social work professor (appointed by the director of the social work department at a New Brunswick university, a representative from the office of New Brunswick's chief coroner, and a First Nations representative.

The Office of the Ombudsman and Child and Youth Advocate believes in the importance of the committee, its structure and composition. However, during the course of our investigation, we became concerned about the perceived lack of independence of the committee in reporting to the minister. The potential pitfalls of a review body's lack of independence were illustrated in June, 2007, when the Department of Family and Community Services released its Early Childhood Initiative Review more than two years after it was completed. Independence from the executive branch of government is essential. Although I am encouraged the government decided to move the Child Death Review Committee to the coroner's office, I feel additional measures could be put in place to ensure its independence from government and from the Department of Public Safety. For a host of reasons, not least public perception of the committee's credibility, we offer the following recommendation:

#### **Recommendation # 14**

**In order to ensure independent monitoring of the Child Death Review Committee and its recommendations, additional measures should be put in place to increase the committee's independence from government.**

---

<sup>7</sup> <http://www.gnb.ca/0017/protection/childddeath/terms-e.asp>

**(a) Putting Children First**

In 1991, Canada signed the UN Convention on the Rights of the Child, a convention that is committed to ensuring the protection and development of children. Up until 1998, New Brunswick's *Family Services Act* stated that "this Act shall be liberally construed to the end that the integrity of the family will be protected and family breakdown averted." While I believe preservation of the family should be a goal of child protection, I also feel it should never take priority over the welfare of children.

In July, 1998, the Child Death Review Committee released a report on the death of Jacqueline Brewer and recommended that: "the *Family Services Act* be amended to clearly provide that in the cases of chronic neglect, when there is a conflict between risk to the child and preservation of the family unit, that the best interest and safety of the child prevail." Following this recommendation, some changes were made to the *Family Services Act* to address these concerns.

In the Department of Health and Community Services January, 2000, report, "Children Come First" it was recommended that the philosophy of "best interest of the child" be "communicated to all staff in Child Welfare and that policy development, program planning, and collaboration with partners will be conducted with this philosophy in mind."

As recently as July 27, 2007, the Supreme Court of Canada stated: ". . . but it is not the family's satisfaction in the long term to which the statute gives primacy, it is the child's best interests."<sup>8</sup> . Additionally, the court reaffirmed their belief that pursuing and protecting the best interests of the child must take precedence over the wishes of the parent.<sup>9</sup>

Children should come first. They *must* come first. With this in mind, we once again reiterate the recommendation made nine years ago by the Child Death Review Committee after the death of Jacqueline Brewer.

**Recommendation # 15**

**The preamble to the Family Services Act should be amended to clearly provide that, when there is a conflict between the risk to the child and preservation of the family unit, the best interest and safety of the child must prevail.**

**(b) Previous work of the Child Death Review Committee**

The purpose of this report has been to review the child protection services FCS provided to Juli-Anna. It has not been to examine other child death reviews in this province and their recommendations. However, in the course of this investigation, my staff and I have wondered about other children of this province who have died and had received, or were receiving, child protection services at the time of their deaths. The similarities we have found among the cases of Jacqueline Brewer, John Ryan Turner and Juli-Anna were troubling enough to be raised in this report.

---

<sup>8</sup> Syl Apps Secure Treatment Centre v. B.D. (2007) S.C.C. 38 at para 43.

<sup>9</sup> Ibid para 45.

We want to point out another of the similarities between the Jacqueline Brewer case and Juli-Anna's case:

#### **Taking parents explanations at face value**

Reviewers in the Brewer case referred to the fact that social workers relied mainly on information given to them by the parents. Much of this information was apparently misleading. The report says: "Mark (the father) gave excuses and explanations. As a result the front-line workers continued to have confidence in his good intentions. He misled some of them on many occasions." Later, the report says: "The possibility of deception and the heavy reliance on parent self-reporting underscore the need for enhanced assessment procedures." (P. 16)

From Juli-Anna's file, it is also obvious that workers relied heavily on explanations from the mother and family members to assess the children's safety and determine the level of intervention required. Referrals from the community and other highly credible sources were made to FCS numerous times about the same protection concerns (drug use in the home, lack of appropriate clothing for the children, poor level of hygiene and cleanliness in the home). It appears that time and again, when social workers asked the mother for explanations about these complaints, they took at face value her version of events.

#### **Recommendation #16**

**The Department of Family and Community Services should ensure that the recommendations from the previous Child Death Review Committees are implemented by creating a process to follow up on the recommendations on a biyearly basis.**

## **7.0 CONCLUSION**

The John Ryan Turner report was published in 1996, the Jacqueline Brewer report in 1998, and the “Children Come First” report in 2000. These reports contain many significant recommendations to ensure such deaths could be prevented in the future. Yet, when Juli-Anna died on April 13, 2004, many of those recommendations had not been implemented. In fact, as I put these lines to paper in late November, 2007, several important recommendations respecting the provision of better resources for child welfare, particularly child protection, have yet to be entirely fulfilled. How many such reports will it take before we decide that enough is enough?

At one point during this excruciating investigation, a senior official of FCS advised me that “not the system but rather a few employees had failed Juli-Anna.” With respect, I cannot exonerate the department and successive governments so easily. There can be no doubt that the signs of neglect in Juli-Anna’s life should have provoked a more diligent response from professionals tasked with the responsibility of protecting her. But it is also undeniable that the delay or reluctance to adopt the improvements put forward by successive Child Death Review Committees and the department’s own report cannot be imputed to frontline workers.

Why is “chronic neglect” still not viewed by child protection officials to be as detrimental to a child’s best interest as “abuse”? Why is information-sharing between agencies still problematic in cases that cry out for collaboration? Why do we still not have in place appropriate review and audit functions to ensure that best practices are adhered to? Why do we still not have enough social workers at the frontline of child protection services, despite FCS’s own recommendation to that effect in 2000?

My own sense is that it will take political will and clear direction to ensure that the most vulnerable among us get the attention they deserve. As a first follow-up to this report, I have asked FCS to provide this Office with a response to the many recommendations that have been made since 1996 in the Turner report, by several Child Death Review Committees, in the “Children Come First” report and in this report. These are the promises we have made to children like Juli-Anna. We have failed to keep some of those promises. I undertake to make public both FCS’s answers and my comments on the matter.

It is hard to end this report on a positive note, but I am encouraged by the new preventative approach to child protection announced last year and talked about again in the November 27, 2007, Throne Speech. I must, however, add this caveat: if it is not sufficiently resourced, it, too, will fail. We owe it to the memory of these lost children that it be successful.

## **8.0 SUMMARY OF RECOMMENDATIONS**

### **Recommendation #1**

The Department of Family and Community Services should ensure that risk factors are being properly read, interpreted and rated.

### **Recommendation #2**

The Department of Family and Community Services should review the function of the Permanency Planning Committee to ensure that it is being utilized properly.

### **Recommendation # 3**

The Department of Family and Community Services should ensure that Practice Standards are being adhered to, not just in Woodstock, as per their internal recommendations, but all over the province. If staff are unable to adhere to the standards due to workload issues, the Department should determine the cause of the failure to meet standards and make adjustments accordingly, i.e. hiring of staff if workload necessitates.

### **Recommendation #4**

The Department of Family and Community Services alter the Practice Standard and Guidelines as follows : Practice Standard #27, continue to read as follows: "In order to accurately assess risk to all children and to determine the level of intervention and appropriateness of services, the Child Protection Social Worker must see all children who have not entered the public/private school system or children who are disabled, in their home environment during the investigation phase and directly observe the children's living situation." In addition, I recommend that the similar text under "Investigation Process" be removed.

### **Recommendation #5**

The Department of Family and Community Service should modify practice standard #19 in the Risk Management System manual to include a clear statement that when assessing every new referral on a family, that all the findings in the family's previous involvement with child protection services must be factored in the new referral information. In addition, clear instructions should be outlined on how the information in the records of the family's previous involvement with FCS child protection services must be weighed in the decision to investigate or not to investigate the new referral.

### **Recommendation # 6**

The definition of child neglect be reviewed with a view to providing child protection workers and other support workers with clear and unambiguous guidelines for assessing cases of chronic neglect, and establishing risk levels.

### **Recommendation # 7**

All child protection workers and other related services providers be given clear direction and training in identifying, understanding and working with cases of chronic child neglect.

**Recommendation # 8**

Greater clarity be provided on the dual function carried out by child protection workers in helping to preserve the family while ensuring the best interest and safety of the child.

**Recommendation #9**

The Department of Family and Community Services should plan and implement workplace strategies to address the shortage of trained child protection workers, including an examination of the work environment and working conditions.

**Recommendation: - #10**

The Department of Family and Community Services should implement a provincial clinical review system to be conducted on a regular basis on open and closed child protection investigations and on-going open and closed cases, for the purpose of measuring standards and regulation compliance, as well as best practice in clinical child protection service delivery. These reviews should be conducted by a monitoring and accountability team with staff experienced in child protection. The team would be responsible for outlining the results of these audits in a case practice audit report. FCS would then be responsible to disseminate the findings to the regions to improve the services to the children and their families, and to ensure follow-up to the findings.

**Recommendation # 11**

The Department of Family and Community Services should ensure that Child Protection workers who have indicated they need to be transferred from child protection services be given the opportunity to do so. The Department of Family and Community Services should examine the issue of staff rotation and make recommendations on whether or not it should be implemented and , if so, how.

**Recommendation # 12**

As per the Child Death Review Committee report in 1998 after the death of Jacqueline Brewer – A consultation team approach must be the norm, with all service providers, departmental and non-departmental, being consulted when critical decisions are being made.

**Recommendation # 13**

The Department of Family and Community Services ensure that when incidents occur staff are *promptly* provided with support and the Department's policy with regards to these incidents is followed both at the time of the incident and throughout the processes that follow, i.e. court proceedings.

**Recommendation # 14**

In order to ensure independent monitoring of the Child Death Review Committee and its recommendations, additional measures should be put in place to increase the committee's independence from government.

**Recommendation # 15**

The preamble to the Family Services Act be amended to clearly provide that when there is a conflict between the risk to the child and preservation of the family unit that the best interest and safety of the child must prevail.

**Recommendation #16**

The Department of Family and Community Services should ensure that the recommendations from the previous Child Death Review Committees are implemented by creating a process to follow up on the recommendations on a biyearly basis.



# **Promesses rompues : l'histoire de Juli-Anna**

*Rapport de l'ombudsman et du défenseur des enfants  
et de la jeunesse*



---

Le 17 janvier 2008



# **Promesses rompues :**

## **L'histoire de Juli-Anna**

*Rapport de l'ombudsman et du défenseur des enfants  
et de la jeunesse*



---

Le 17 janvier 2008

**Promesses rompues :  
l'histoire de Juli-Anna**

**Publié par :**

Bureau de l'Ombudsman/ Défenseur des enfants  
et de la jeunesse  
Province du Nouveau-Brunswick  
Case postale 6000  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5H1  
Canada

Janvier 2008

ISBN 978-1-55471-071-3

ISSN 0845-5554

Imprimé au Nouveau-Brunswick

*« ... Aussi pénible soit-il de savoir qu'un enfant a souffert de mauvais traitements et de négligence aux mains d'un autre individu, personnellement, ce qui est peut-être encore plus pénible, c'est de voir cette souffrance prolongée à cause du mauvais fonctionnement d'un système où l'on joue un certain rôle. »*

Jeree Paul, Ph.D., Programme nourrissons-parents, département de psychiatrie, Hôpital San Francisco General, Université de Californie

### **Une note au sujet de la confidentialité**

Le paragraphe 19(2) de la *Loi sur l'ombudsman* énonce que « [l]’Ombudsman, les membres du personnel du Bureau de l’Ombudsman et toute personne nommée pour l’assister en vertu d’un contrat de services professionnels doivent protéger la confidentialité de tout renseignement ou de toute question dont ils prennent connaissance dans l’exercice des fonctions que leur confère la présente loi, à moins qu’ils n’y soient tenus par la loi ou qu’ils ne le fassent dans l’exécution du mandat de l’Ombudsman en vertu de la présente loi ». Le paragraphe 11(2) de la *Loi sur le défenseur des enfants et de la jeunesse* énonce que «Avant d'exercer toute fonction officielle que lui confère la présente loi, une personne nommée en application du paragraphe (1) doit, devant le défenseur, prêter serment de ne divulguer aucun renseignement qu’elle a reçu en vertu de la présente loi sauf si ce n'est pour lui donner effet et conformément à celle-ci.»

En particulier, les renseignements qui identifieraient une personne qui communique des renseignements en vertu de l'article 30 ou du paragraphe 35.1(1) de la *Loi sur les services à la famille* ne doivent pas être divulgués. Je prends très au sérieux l’obligation d’assurer la confidentialité des renseignements. Donc aucune source de signalement ni aucun travailleur social n’ont été identifiés, sauf si leurs renseignements étaient déjà publics. J’ai donc décidé d’utiliser le prénom de l’enfant sur lequel porte ce rapport et celui de sa mère, car les deux sont déjà bien connus du public en raison des médias, et je ne voulais pas manquer de respect à l’endroit de Juli-Anna en n’indiquant pas qu’il s’agit de son histoire.

## 1.0 INTRODUCTION

Les mots ne suffiraient pas à exprimer la colère et la frustration que j'ai éprouvées au cours des deux dernières années afin de déterminer si toutes les mesures possibles avaient effectivement été prises pour prévenir le décès prématuré de Juli-Anna, une fillette de deux ans, le 13 avril 2004. Le ministère des Services familiaux et communautaire a mis en doute l'autorité de mon bureau de faire enquête dans cette affaire et a exprimé des préoccupations concernant la protection de la confidentialité de la famille pour justifier sa résistance à ma demande d'une divulgation complète. Alors que des employés communiquaient discrètement avec moi pour m'encourager à poursuivre mes recherches, les cadres me disaient que les travailleurs de première ligne préféreraient ne pas me parler.

Amener le ministère en cour et envoyer des sommations à comparaître aux employés de SFC affectés au dossier, une première dans les deux cas dans l'histoire de 40 ans de ce bureau, indique à quel point des mesures extraordinaires s'imposaient pour arriver au fond de l'histoire.

Ultérieurement, la *Loi sur le défenseur des enfants et de la jeunesse* et la *Loi sur l'Ombudsman* ont toutes deux été modifiées pour donner à mon bureau un meilleur accès aux dossiers pour faire enquête des plaintes qui lui sont présentées. Même ces améliorations ont dû être débattues sur la scène de l'opinion publique devant une résistance lourde et incessante de la bureaucratie. Pourtant, je demeure convaincu que nous voulons tous servir les meilleurs intérêts des enfants vulnérables qui ont besoin de nous et être vigilants en leur nom.

Je sais aussi qu'aucun enfant dans une province comme le Nouveau-Brunswick et dans un pays comme le Canada ne devrait endurer ce que Juli-Anna a été obligée de vivre. Les mesures de protection qui étaient en place à ce moment-là n'ont pas fonctionné, et notre but premier a été de découvrir pourquoi, d'apprendre à partir des réponses et de suggérer des changements en vue d'apporter des améliorations. Depuis le début, j'étais d'avis que cette tragédie aurait pu être évitée. Le lecteur de ce rapport se rendra compte pourquoi cette impression est devenue une conviction.

Malgré la douleur ressentie à la lecture des événements de la vie et de la mort de Juli-Anna, nous nous sommes retenus de blâmer quiconque. Tout au long de notre travail, nous étions des plus déterminés à viser l'amélioration plutôt qu'à trouver la faute. C'est dans cet esprit, inspirés par le regard troublant de Juli-Anna, que ce rapport est publié.

## **2.0 PROCESSUS D'EXAMEN**

Cette enquête a pris bien plus de temps que la plupart des enquêtes de l'ombudsman ou du défenseur des enfants et de la jeunesse. L'enquête a consisté en un examen des dossiers et des documents de diverses parties, dont le ministère des Services familiaux et communautaires (SFC), des membres de la famille de Juli-Anna et de d'autres fournisseurs de services. Nous avons également rencontré divers représentants de SFC à de nombreuses occasions concernant divers aspects des Services de protection de l'enfance. Nous avons interviewé la plupart des travailleurs sociaux, des surveillants et des gestionnaires de la prestation des programmes impliqués au dossier de Juli-Anna. Nous avons également rencontré les membres de la haute direction de SFC à plusieurs occasions. Nous avons mené une recherche sur diverses questions. Nous avons analysé les directives, les modalités, les outils et les modules de formation variés que les Services de protection de l'enfance ont utilisés. Nous avons examiné les rapports du Comité d'examen des décès d'enfants sur les décès de John Ryan Turner (1996) et de Jacqueline Brewer (1998), de même que le rapport *Les enfants priment tout* du ministère des Services familiaux et communautaires qui a été publié en 2000. Nous avons également eu des discussions informelles avec d'autres intervenants, y compris ceux des initiatives pour la petite enfance ainsi que l'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick.

### **Equipe d'enquête**

**Ombudsman**  
Bernard Richard

**Enquêteuse principale**  
Jennifer Murray

**Enquêteurs et chercheurs**  
Francine Cantin  
Anne Doyle  
Kathryn Jardine  
David Kuttner

**Conseiller juridique**  
Christian Whalen

**Réviseurs**  
Steve Gilliland  
Julian Walker

## **3.0 PROCESSUS DE SERVICES FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES**

### **LE PROCESSUS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE**

Afin de comprendre l'histoire de Juli-Anna, il est important de comprendre le processus de la protection de l'enfance, autrement dit la façon dont un dossier de la protection de l'enfance est ouvert et dont une enquête est menée à cet égard. Les services de protection de l'enfance sont prévus dans le cadre du mandat de la *Loi sur les services à la famille*. L'accueil et l'évaluation sont la première étape. C'est à cette étape que l'auteur d'un signalement, c'est à dire quiconque est inquiet par rapport à la situation d'un enfant, communique avec le ministère des Services familiaux et communautaires et que le travailleur social évalue le signalement pour déterminer si le Ministère doit faire enquête. Il est également possible de fermer le dossier à cette étape, si le travailleur social juge qu'un signalement ne requiert pas d'enquête. Si une enquête est jugée nécessaire, le travailleur social décidera à la fin de l'enquête (qui peut s'échelonner sur quelques semaines) s'il existe un ou des éléments de protection de l'enfance. S'il en existe, le dossier demeurera ouvert pour la prestation de services continus. Si non, il sera possible de fermer le dossier à cette étape. Si le dossier est ouvert aux fins de la prestation de services continus, un plan sera établi pour déterminer la meilleure façon d'offrir des services à la famille. Les services sont volontaires, sauf si le ministère demande une ordonnance de surveillance. Un dossier n'a jamais été ouvert pour la prestation de services continus de la protection de l'enfance durant la courte vie de Juli-Anna.

#### **Première étape – Accueil et évaluation**

Le processus de la protection de l'enfance est mis en branle lorsque le Ministère est informé par un professionnel, un fournisseur de services, un voisin ou une autre personne qui croit qu'un enfant est en danger. Il s'agit du signalement, lequel relève du paragraphe 30(1) de la *Loi sur les services à la famille*.

L'article 31 de la *Loi* énonce les circonstances dans lesquelles la sécurité ou le développement d'un enfant peuvent être menacés :

- a) l'enfant est privé de soins, de surveillance ou de direction convenables;
- b) l'enfant vit dans des conditions inappropriées ou inconvenantes;
- c) l'enfant est à la charge d'une personne qui ne peut ou ne veut pas lui assurer les soins, la surveillance ni la direction convenables;
- d) l'enfant est à la charge d'une personne dont la conduite menace sa vie, sa santé ou son équilibre affectif;
- e) l'enfant est victime de sévices ou d'atteintes sexuelles, de négligence physique, matérielle ou affective ou d'exploitation sexuelle, ou est menacé de tels traitements;
- f) l'enfant vit dans une situation marquée par des actes de violence domestique;
- g) l'enfant est à la charge d'une personne qui néglige ou refuse de lui fournir ou d'obtenir pour lui les soins ou traitements médicaux, chirurgicaux ou

*thérapeutiques appropriés, nécessaires à sa santé et à son bien-être, ou qui refuse d'autoriser que ces soins ou traitements lui soient fournis;*

.....

C'est l'Unité d'accueil et d'évaluation qui reçoit les signalements. Durant la grande partie de la vie de Juli-Anna, sa famille a vécu dans la région de Fredericton de SFC, qui s'étend jusqu'à Perth-Andover. L'évaluation des signalements se fait à Fredericton (bien qu'avant le décès de Juli-Anna, elle était également effectuée à Woodstock). Un travailleur détermine si une enquête est nécessaire et la rapidité avec laquelle le travailleur social devrait entrer en communication avec la famille. Deux documents orientent les travailleurs de SFC lorsqu'ils prennent ces décisions, le premier porte sur la gestion du risque et l'autre sur les normes de pratique et lignes directrices des services de protection de l'enfance.

#### ***Deuxième étape – Enquête***

S'il est décidé qu'une enquête est justifiée, un travailleur social y est affecté. Sa priorité première est d'évaluer la sécurité immédiate de l'enfant, un facteur essentiel pour ce qui est de décider d'ouvrir un dossier de la protection de l'enfance.

#### ***Troisième étape – Services continus***

Si un dossier de la protection de l'enfance est ouvert, celui-ci est attribué à un travailleur de la protection de l'enfance qui détermine ce qu'il faut faire. Si l'enfant semble être en danger, il peut décider de retirer l'enfant de sa famille. De même, lorsque le risque a été éliminé, il peut être retourné à sa famille.

## **4.0 L'HISTOIRE DE JULI-ANNA**

La famille de Juli-Anna était déjà bien connue du bureau de Woodstock de Services familiaux et communautaires, même avant sa naissance. Les Services de protection de l'enfance avaient fait enquête plusieurs fois à cause de préoccupations à l'égard de la sécurité et du bien-être des autres enfants de la famille. SFC avait reçu sept signalements concernant la mère de Juli-Anna, Anna, dans sa jeunesse, et au sujet des sœurs d'Anna. Le Ministère savait qu'Anna était enceinte à 18 ans, vivait dans une maison de transition, faisait usage de drogues, semble-t-il, et était en conflit avec sa famille.

Lorsqu'Anna a commencé sa propre famille, il y a eu d'autres signalements. Un incident dans un terrain de stationnement durant lequel le père de Juli-Anna avait frappé le fils aîné d'Anna a poussé SFC à ouvrir un dossier de protection de l'enfance à l'égard de la famille. Le dossier a été ouvert du 23 juillet 1999 au 4 avril 2001. Durant cette période, les rendez-vous ont été manqués ou annulés, la famille a souvent déménagé, un membre de la famille a accusé un autre membre de la famille d'atteinte sexuelle, et des signalements ont été faits concernant l'usage de drogues et un logement inadéquat. Le 3 avril 2001, il a été décidé de fermer le dossier, à la condition que, en cas de réouverture du dossier, le Ministère devrait envisager d'obtenir une ordonnance de surveillance pour contraindre les parents à se conformer à certaines exigences relatives à leur rôle parental. SFC a reçu un nouveau signalement sept jours après la fermeture du dossier.

Mais compte tenu du fait qu'il s'agit ici de l'histoire de Juli-Anna, nous commencerons avec sa brève et tragique vie, à la lumière des renseignements contenus dans les dossiers du ministère des Services familiaux et communautaires.

Juli-Anna est née le 17 janvier 2002 à l'Hôpital régional D<sup>r</sup> Everett Chalmers de Fredericton. Elle était la troisième enfant et la deuxième fille d'Anna, qui avait alors 22 ans. Elle était la deuxième enfant de son père avec Anna, âgé alors de 24 ans, qui était le petit ami et le conjoint de fait de sa mère par intermittence.

De l'hôpital, la fillette est allée, le 20 janvier, dans un logis à Benton où sa famille avait emménagé le mois précédent. Il y avait dans cette maison, en plus d'Anna, le demi-frère de Juli-Anna, âgé alors de 4 ans et demi et de sa sœur germaine, âgée alors de 2 ans. Son père était là au début, mais il est vite devenu une présence intermittente, parce que ses parents étaient souvent en conflit. Le père ne travaillait qu'à l'occasion et Anna vivait principalement de l'aide au revenu. Juli-Anna est donc née dans la pauvreté.

Juli-Anna n'avait que 8 jours lorsqu'elle a eu sa première visite à domicile d'une travailleuse sociale de SFC. La travailleuse sociale était venue parce que, le 8 janvier, le Ministère avait reçu un signalement à la protection de l'enfance d'une source qui a informé le ministère que le fils d'Anna (qui habitait parfois avec ses grands-parents maternels) et son petit ami étaient de retour au foyer à Benton. La source était au courant de l'incident durant lequel le petit ami avait frappé le garçon et était préoccupée du fait

que les deux vivaient dans le même foyer. Elle a également indiqué que la famille avait déménagé trois fois depuis août 2001 et qu'Anna était encore enceinte (de Juli-Anna).

La travailleuse sociale s'est présentée au foyer le 25 janvier en compagnie d'un inspecteur de l'hygiène publique. Anna, surprise par la visite, a été néanmoins coopérative. Cette dernière était seule ce jour-là avec Juli-Anna. La travailleuse a constaté que la maison était en désordre, mais que la nouvelle-née était propre ainsi que l'espace qui l'entourait.

L'inspecteur de l'hygiène publique a insisté auprès d'Anna sur l'importance de laver les planchers, de désinfecter et de ranger les aliments comme il faut. Anna a accepté de nettoyer la maison et a accepté que la travailleuse sociale et l'inspecteur de l'hygiène publique retournent dans une semaine.

Le 28 janvier, SFC a appris qu'Anna n'avait pas payé de loyer depuis qu'elle avait emménagé.

Le 1<sup>er</sup> février, l'inspecteur de l'hygiène publique est retourné au domicile (la travailleuse sociale n'a pas pu s'y rendre à cause du mauvais temps), mais il n'y avait personne. Il a noté que les ordures n'avaient pas été sorties en vue de leur ramassage, comme il l'avait demandé.

Le 27 février, SFC a appris qu'Anna mettait fin aux services offerts par l'hygiène publique, car elle ne voulait pas avoir à faire avec celle-ci.

Par après, une travailleuse sociale a tenté à deux reprises de visiter le domicile d'Anna et de ses enfants (le 1<sup>er</sup> et le 6 mars), mais personne n'a répondu à la porte ou au téléphone.

Le 11 mars, on a mis fin à l'aide au revenu d'Anna pour non-conformité. On a appris que le père des deux filles ne déclarait pas son revenu. Anna a soutenu qu'il ne vivait plus avec elle et elle voulait qu'il soit retiré du dossier.

La travailleuse sociale a essayé de nouveau, le 18 mars, de visiter le domicile, mais Anna a refusé de la laisser entrer affirmant qu'elle n'avait pas la permission de laisser entrer personne si elle était seule. Elle a indiqué qu'elle demanderait au père de Juli-Anna d'appeler la travailleuse sociale pour prendre rendez-vous. Elle a également mentionné que la famille pourrait déménager de nouveau parce que le propriétaire ne réparait rien. La travailleuse sociale a noté qu'Anna était très sur la défensive, car elle croyait que l'enquête avait pris fin. La travailleuse sociale lui a souligné qu'il faudrait qu'elle fasse une autre visite avant de pouvoir fermer le dossier.

Le 25 mars, la travailleuse sociale a essayé de communiquer avec le père de Juli-Anna afin de fixer un rendez-vous, mais elle a découvert que le téléphone de la famille avait été débranché.

Trois jours plus tard, SFC a appris que la famille avait reçu un avis d'éviction (lui donnant 10 jours pour libérer les lieux) parce qu'elle n'avait toujours pas payé le loyer.

La travailleuse sociale, lorsqu'elle a rempli l'évaluation du risque sur la famille le 5 avril, a déterminé que le risque était faible. La travailleuse a écrit : « La travailleuse a noté qu'aucun problème n'est ressorti durant l'enquête qui aurait justifié de rouvrir actuellement le dossier de cette famille. Elle indique que le risque pour ces enfants est faible. On ignore où se trouve la famille actuellement » [Traduction].

Le 9 mai, le Ministère a reçu un signalement d'un membre de la collectivité indiquant qu'Anna et son petit ami plaçaient supposément un enfant (peut-être Juli-Anna) dans un seau d'eau pour nettoyer sa couche. L'auteur du signalement a allégué que des drogues étaient consommées au foyer. Selon les notes au dossier, les renseignements provenaient d'une tierce partie et auraient été considérés comme provenant d'une troisième et d'une quatrième source et puisqu'on ne savait pas quand l'incident était survenu, on a informé l'auteur du signalement que la personne qui avait personnellement connaissance de l'incident devait effectuer un signalement. L'auteur du signalement a répondu que celle-ci ne le ferait pas. Le dossier du signalement a donc été fermé à l'accueil.

Entre-temps, le 13 mai, Anna a présenté une demande d'aide au revenu comme parent seul, ayant déménagé à une nouvelle adresse à Canterbury.

SFC a reçu un autre signalement de la collectivité le 3 juillet. L'auteur du signalement avait été témoin d'une situation au terrain de stationnement d'une station d'essence locale. On a indiqué : « Le témoin a signalé une femme dans la vingtaine derrière un enfant en train de dire, 'attends qu'on retourne à la maison, mon p'tit maudit' [Traduction]. Le témoin est entrée dans la station Irving et, lorsqu'elle en est sortie, elle a vu une femme âgée de 50 à 55 ans en train de crier après le même enfant, 'veux-tu aller en avant ou en arrière, mon p'tit maudit?' [Traduction] puis 'veux-tu la fermer, mon p'tit maudit' [Traduction]. Le témoin a indiqué qu'elle a vu cette femme âgée empoigner l'enfant du bras, le sortir à moitié du camion et se mettre à hurler après lui. La femme âgée s'est mise à frapper sans arrêt de sa main l'enfant sur la tête, le visage, le dos et le derrière et a crié à l'enfant 'arrêtes de brailler, mon p'tit maudit' [Traduction]. Le témoin a pris en note le numéro de plaque d'immatriculation du camion. On a éventuellement retracé le véhicule qui appartenait à un membre de la famille.

Le lendemain de l'incident, la travailleuse sociale est allée sans l'aide de la police au domicile du membre de la famille pour faire enquête. Le fils d'Anna était en train de courir à l'extérieur en costume de bain. La travailleuse n'a vu aucune marque sur son corps. Anna a refusé que la travailleuse interroge son fils. Elle a dit qu'elle l'emmènerait au bureau le lendemain, mais elle ne s'est pas présentée. Le 8 juillet, la travailleuse a appelé Anna qui lui a indiqué qu'elle irait le lendemain. Encore une fois, elle ne s'est pas présentée.

Par la suite, la travailleuse sociale a tenté à plusieurs reprises de communiquer avec Anna par téléphone, sans succès. Le 12 juillet, Anna a laissé un message sur la boîte vocale à l'intention de la travailleuse, indiquant qu'elle se présenterait au bureau le lundi, lorsque son fils était au parc. Elle ne l'a pas fait.

La travailleuse a finalement joint Anna le 24 juillet et cette dernière a accepté de se présenter au bureau le 30 juillet. Elle s'est bien présentée ce jour-là, 30 minutes en retard, sans son fils. Vu que la travailleuse était au téléphone, elle est partie presqu'immédiatement et a laissé une note indiquant qu'elle devait se présenter à un autre rendez-vous et qu'elle appellerait pour fixer un autre rendez-vous.

Le 6 août, la travailleuse sociale a rendu visite à Anna, à Canterbury, où elle avait déménagé. Anna était à la maison avec ses filles, mais son fils était chez ses grands-parents maternels. Elle a refusé de la laisser entrer chez elle. Anna a dit qu'elle appellerait pour prendre un rendez-vous afin que son fils rencontre la travailleuse. Elle voulait voir le compte rendu de l'incident de la station service et voulait être présente lorsque la travailleuse interrogerait son fils. Une rencontre a été fixée le jeudi suivant, à laquelle Anna ne s'est pas présentée.

Huit jours plus tard, le Ministère a décidé de fermer le dossier. La décision était basée sur plusieurs facteurs : Anna n'était pas coopérative et niait l'incident, la travailleuse n'avait vu aucune marque sur le garçon le jour où elle l'a vu en costume de bain (il n'a jamais été examiné par un médecin), et il n'y avait aucune preuve que son fils était l'enfant de la station service. Autrement dit, les préoccupations n'étaient pas fondées.

En octobre 2002, le Ministère a appris qu'Anna et ses enfants étaient déménagés dans la région de Perth-Andover. Un signalement venant de la collectivité le 14 novembre a indiqué que la fille aînée (qui avait 2 ans et demi) et Juli-Anna (qui avait alors 10 mois) avaient des plaques rouges sur la peau, des lésions sur le visage et des signes d'érythème fessier, n'étaient pas habillées convenablement pour le temps froid, n'avaient pas de nourriture et dormaient sur le plancher. L'auteur du signalement s'est également dit préoccupé du fait qu'Anna ne gérait pas son argent de façon responsable (en fait, il semblait qu'elle risquait d'être expulsée à nouveau pour ne pas avoir payé le loyer) et qu'elle avait des antécédents d'usage de drogues. L'auteur du signalement craignait qu'elle reprenne ses présumées vieilles habitudes, soit l'usage de cocaïne. Il a ajouté qu'Anna avait marché un jour environ trois milles par temps froid, accompagnée de ses enfants, pour demander de la nourriture, du lait et de l'argent.

Selon ses notes, lorsque la travailleuse sociale s'est rendue au domicile ce jour-là pour enquêter sur le signalement, Anna, qui s'apprêtait à partir avec ses enfants, était très agressive à son endroit. Elle lui a refusé l'accès de son domicile et a dit à la travailleuse qu'elle devrait revenir avec la police. La travailleuse est revenue peu de temps après avec la police, seulement pour découvrir qu'Anna et ses filles étaient parties. La travailleuse sociale a ensuite communiqué avec l'auteur du signalement qui lui a maintenant dit que les enfants n'avaient pas d'érythème fessier, qu'il voulait tout simplement que quelqu'un aide Anna à acheter de la nourriture et l'aide avec ses problèmes d'estime de soi. La travailleuse a répondu à l'auteur qu'Anna ne voulait pas l'intervention de SFC, qu'elle pouvait obtenir de l'argent pour faire une épicerie du soutien du revenu, une autre division de SFC, et que, si elle avait des problèmes d'estime de soi, il était préférable de s'adresser aux services de santé mentale et non aux travailleurs de la protection de l'enfance. En dépit de la gravité des allégations initiales de l'auteur du signalement, le dossier a été fermé sans qu'aucune autre enquête ne soit menée.

Au début du mois de décembre, Anna et ses enfants ont déménagé encore une fois pour s'installer cette fois-ci à Aroostook.

Le 27 décembre, SFC reçoit un nouveau signalement. L'information fournit fait allusion au fait que certains membres de la famille qui habitent chez les grands-parents maternels de Juli-Anna consomment de la marijuana et de la cocaïne. Les enfants sont laissés sans surveillance près d'un poêle à bois pendant que les adultes vont dehors fumer cette drogue.

Au milieu du mois de janvier 2003, Anna et ses filles ont déménagé dans la région de Woodstock. Elle a demandé une aide au revenu comme parent seul avec deux enfants, mais ne s'est pas présentée ensuite à ses rendez-vous pour le processus d'évaluation.

Un mois plus tard, Anna et ses filles ont déménagé encore une fois pour s'installer cette fois dans le foyer de ses parents, à Canterbury.

Le 25 février, le 28 février et le 3 mars, des signalements ont été effectués indiquant que le fils de 5 ans d'Anna se déshabillait et s'exposait dans l'autobus scolaire. Comme ses grands-parents maternels étaient réputés alors être ses principaux pourvoyeurs de soins, ils en ont été avisés. Comme ils ont été coopératifs et se sont adressés à l'école pour régler ce comportement, le dossier des signalements a été fermé.

Anna a appelé le bureau de l'aide au revenu en mars afin de demander de l'argent supplémentaire pour acheter des couches. Comme elle n'avait pas été à la banque alimentaire qui les distribue (bien qu'elle ait soutenu y être allée), on lui a indiqué de s'adresser d'abord à ce service.

En avril, Anna est retournée dans la région de Perth-Andover où elle a présenté une demande d'aide au revenu comme parent seul avec un enfant, sa fille de trois ans. Juli-Anna, qui était alors âgée de 15 mois, vivait avec son père et la mère de celui-ci dans la même collectivité. En mai, il y a eu réunification de la famille; les deux parents et les deux enfants vivaient ensemble. Comme le père travaillait, Anna a appelé le bureau le 7 mai pour annuler son aide au revenu.

À la fin d'octobre, Anna a appelé le bureau pour demander l'aide au revenu parce que le père des enfants était parti travailler à Toronto. Vu que ce dernier venait de recevoir un chèque d'assurance-emploi, la demande d'Anna a été rejetée.

Anna est allée vivre avec ses deux filles dans une maison de transition à St. Stephen et elle a encore une fois demandé l'aide au revenu. Elle était alors enceinte de 18 semaines de son quatrième enfant. Le Ministère a reçu un signalement indiquant qu'il fallait constamment rappeler à Anna de prendre soin de ses enfants et de les garder propres. On a également rapporté que les enfants avaient des poux à leur arrivée et, même après avoir démontré à Anna comment il fallait prendre soin des cheveux, les enfants avaient toujours des poux à leur départ.

Elle a reçu une prestation spéciale de 1 000 \$ afin d'établir un domicile dans la région de St. Stephen et trouvé un appartement, mais elle n'a pas payé le loyer ni le dépôt de garantie.

Par la suite, période qui s'est avérée être les cinq derniers mois de la vie de Juli-Anna, la situation s'est déteriorée. Selon le dossier, Anna a déménagé huit fois, et huit signalements de plus ont été faits à SFC.

Un de ces signalements a eu lieu le 18 novembre, lorsqu'Anna se trouvait toujours dans la région de St. Stephen. On a rapporté que ses filles avaient des poux, qu'elles n'étaient pas propres et qu'elles portaient des vêtements sales. On avait également vu Anna en train de faire « du pouce » avec les filles.

Une travailleuse sociale à St. Stephen a tenté de faire enquête, mais lorsqu'elle s'est présentée à plusieurs occasions à l'appartement d'Anna, il n'y avait personne. Après avoir déterminé qu'Anna avait quitté la région avec ses enfants, elle a appelé le bureau de Woodstock pour y diriger le dossier. Entre-temps, le bureau de SFC à St. Stephen a reçu un signalement informant le ministère que, en plus de ne pas avoir payé le loyer et le dépôt de garantie, Anna était partie en laissant l'appartement dans un état crasseux. Lorsque la travailleuse sociale a par la suite vérifié la situation elle a trouvé l'appartement pleine d'ordures, d'aliments moisissis, de vaisselle sale et d'effets ménagers abandonnés.

Le bureau de Woodstock n'a pas donné suite au signalement de St. Stephen. Ne sachant pas où se trouvait Anna, le dossier a été fermé, car le signalement n'était apparemment pas fondé.

Mais les allées et venues d'Anna ne sont pas demeurées un mystère très longtemps. Le 5 décembre, Anna a présenté une demande d'aide au revenu comme parent seul avec un enfant, sa fille de trois ans et demi, vivant dans la région de Plaster Rock. Le même jour, le père de Juli-Anna a présenté une demande d'aide au revenu comme parent seul avec un enfant (Juli-Anna âgée alors de 23 mois) vivant à la même adresse à Plaster Rock, mais dans un autre appartement.

Un autre signalement a été reçu le 9 décembre concernant la façon dont Anna prenait soin de ses enfants, lesquels avaient été vus dans la région de Perth-Andover sans chaussures, sans bas ni manteaux en dépit de la saison et du temps froid. Le signalement disait également que le bébé (Juli-Anna) souffrait d'un érythème fessier grave.

Une travailleuse sociale s'est rendue à l'appartement d'Anna pour enquêter sur ce dernier signalement le 18 décembre. Selon elle, Anna affichait une attitude passive-résistante et a demandé que la travailleuse revienne une autre fois, parce qu'elle s'en allait à l'église pour y ramasser une boîte de Noël. La travailleuse a accepté et est retournée une heure plus tard. Anna affichait toujours de la résistance et a demandé à la travailleuse de revenir une autre fois parce qu'elle ne se sentait pas bien ce jour-là. Il en a résulté qu'aucune allégations reçues le 18 novembre et le 9 décembre n'ont fait l'objet d'une enquête avant le mardi 22 décembre.

Ce jour-là, Anna semblait moins stressée et était plus coopérative. Elle a nié que les enfants aient des poux et qu'elle soit sortie avec eux sans qu'ils ne soient vêtus convenablement. La travailleuse a indiqué qu'il y avait beaucoup de nourriture et a observé que les enfants étaient propres. Anna s'est montrée disposée à recevoir des services d'intervention précoce, en dépit du fait qu'elle était connue pour ne pas se conformer avec les services volontaires.

Selon les dossiers, aucune suite n'a été donnée aux allégations suivantes ce jour-à : l'érythème fessier, les poux, le logement crasseux de St. Stephen, son comportement de nomade, l'auto-stop avec les jeunes enfants, sa nouvelle grossesse et le mauvais usage du soutien du revenu. Un examen du dossier révèle que, à part le problème des poux, aucun des autres éléments n'était nouveau.

Encore une fois, le Ministère a décidé qu'il n'y avait pas assez d'information pour ouvrir un dossier. Comme dans le premier cas, la décision a été prise en consultation avec une surveillante. Les récents signalements avaient été jugés non fondés et aucune évaluation complète des risques n'a été entreprise.

En janvier 2004, Anna et ses enfants ont déménagé dans un autre appartement, à Plaster Rock. En février 2004, ils étaient de retour à Perth-Andover. Le 18 février, un appel a été reçu d'une source professionnelle qui était préoccupée du fait qu'Anna allait déménager encore une fois dans une localité où elle avait peu de soutien de sa famille. Elle avait alors trois enfants âgés de 6, 4 et de 2 ans et elle était enceinte de son quatrième enfant dont elle devait accoucher dans six semaines. En dépit du fait qu'Anna était connue pour son comportement de nomade et que ses enfants étaient très jeunes et vulnérables, cet appel a été traité à titre d'information seulement, et le dossier est demeuré fermé.

Un autre signalement a été reçu le 25 février d'une autre source professionnelle qui était préoccupée de la présence de deux gros chiens Rottweiler au domicile d'Anna. L'auteur du signalement a souligné qu'il y avait deux jeunes enfants au foyer, dont Juli-Anna, âgée alors de deux ans, et sa sœur aînée, de 4 ans, qui « en hauteur arrivaient presque face à face avec ces chiens » [Traduction]. Il avait très peur que les chiens attaquent les enfants. Il a également mentionné qu'on pouvait sentir une odeur très forte de marijuana venir du foyer, tant et si bien qu'on pouvait voir de la fumée.

Après avoir consulté la surveillante, une travailleuse sociale a appelé Anna pour lui dire qu'elle était responsable de la sécurité de ses enfants. L'appel a été fait le 11 mars et Anna lui a dit que les chiens étaient vraiment dociles et qu'ils ne groagnaient jamais aux enfants ou n'aboyaient pas aux gardiennes qui venaient à la maison. La travailleuse n'a pas parlé de l'odeur de marijuana et le dossier n'a fait l'objet d'aucune intervention.

Des documents montrent qu'en mars Anna et ses enfants vivaient à nouveau dans la région de Plaster Rock.

Un signalement a été reçu le 1<sup>er</sup> mars concernant le fils d'Anna, âgé alors de six ans et demi. Il manquait apparemment de supervision à son foyer. L'enfant parcourait de longues distances à bicyclette à partir de son foyer et la police était intervenue auprès de lui à deux reprises. Le garçon a signalé qu'un membre de la famille le frappait parfois à l'aide d'un morceau de bois. Les problèmes de drogue par le passé au foyer ont été mentionnés également. Bien que le cas était considéré une priorité élevée d'intervention dans un délai de 24 heures, la surveillante a conseillé à la travailleuse sociale d'attendre jusqu'à la fin du congé de mars (encore quelques jours plus tard) pour interroger le fils à l'école. On n'a pas documenté pourquoi la surveillante ne s'est pas conformé aux normes et aux lignes directrices en décidant de reporter l'interrogatoire, qui a finalement eu lieu le 11 mars. Ce même jour, la travailleuse sociale a tenté de visiter le foyer des grands-parents, mais personne n'y était. Entre-temps, Anna a soutenu que le fils vivait avec elle.

À la suite d'une consultation de sa surveillante, la travailleuse sociale a encore une fois indiqué à Anna qu'elle était responsable de voir à la sécurité de ses enfants. Elle lui a dit qu'elle devait s'assurer que les chiens ne 'posent aucun danger aux enfants' [Traduction]. Le membre de la famille n'a retourné aucun des appels de la travailleuse sociale. Une note au dossier indique que la travailleuse sociale devait informer Anna de l'allégation que son fils avait faite contre le membre de la famille, mais il semble que SFC ait abandonné tout effort de terminer cette partie de l'enquête. La situation a encore une fois été évaluée comme présentant un faible risque.

Le 19 mars, un signalement indiquait que Juli-Anna avait été amenée à l'hôpital la veille avec des aphtes buccaux (des plaies tout autour de la bouche). Dans le rapport, on a noté qu'il y avait des traces d'anciennes ecchymoses sur le corps de l'enfant (front, visage, jambes et dos), de même que des marques de brûlures sur l'une de ses mains. Anna a indiqué que les brûlures avaient été causées lorsque Juli-Anna avait essayé de retirer un jouet pris dans une plinthe chauffante. On a soupçonné qu'il y avait un manque de supervision et de la négligence au foyer.

L'auteur du signalement a rapporté qu'Anna avait un nouveau petit ami qui vivait avec elle et ses deux petits enfants. L'auteur du signalement a indiqué que « compte tenu de l'histoire de la famille, je pense vraiment qu'une certaine supervision des Services sociaux est importante ici. » [Traduction].

La travailleuse sociale a consulté sa surveillante, puis a appelé l'hôpital indiquant qu'un dossier d'enquête serait ouvert, mais que Juli-Anna pourrait recevoir son congé de l'hôpital sous la garde de sa mère. Elle a indiqué à l'hôpital qu'une travailleuse sociale visiterait la famille dans les prochains jours. Les dossiers de SFC montrent que ce dernier considérait cette information comme venant d'une « source de signalement professionnelle ou d'un témoin crédible des blessures de l'enfant. » [Traduction] Ajoutons à cela l'âge de l'enfant et les antécédents de SFC avec la famille, la priorité relative à l'intervention a été fixée par le Ministère à 'situation dommageable ne mettant pas la vie en danger ou non dangereuse'. Cela signifiait qu'un travailleur social se rendrait voir la famille dans un délai de quatre jours pour faire enquête sur la plainte.

La travailleuse sociale a tenté de faire enquête dans les quatre jours suivant le signalement, mais lorsqu'elle a visité Anna à Canterbury où elle avait déménagé récemment, le 23 mars, elle n'y était pas. Cette dernière se trouvait à Plaster Rock où elle était en train de s'occuper de tâches à la dernière minute ayant trait à son déménagement. La travailleuse n'est pas entrée dans la maison de Canterbury parce qu'elle a vu des colliers pour chiens et des chaînes dans la cour et a pensé que les gros chiens de la famille pourraient être libres. Plutôt, elle a appelé la maison à l'aide de son téléphone cellulaire. Un membre de la famille qui gardait les enfants lui a dit qu'Anna serait de retour après le souper. La travailleuse a aussi appelé une travailleuse sociale de l'hôpital local et a demandé qu'on l'informe lorsqu'Anna accoucherait.

Les dossiers montrent que la travailleuse sociale a rempli un formulaire d'évaluation de la sécurité et a pris une décision sur la sécurité immédiate de Juli-Anna, le 23 mars. L'énoncé sur la sécurité se lit ainsi : « Aucun enfant n'est jugé être à risque immédiat d'être gravement maltraité ou négligé ». À la question du formulaire demandant « Y a-t-il d'autres mesures/actions requises? », la travailleuse a répondu « Oui ». À savoir ce qu'étaient ces autres mesures, la travailleuse a indiqué : « La travailleuse sociale fera une nouvelle visite à domicile lorsqu'Anna accouchera/Anna doit accoucher dans quatre jours/le 27 mars » [Traduction]. La travailleuse a indiqué également que cette «visite est nécessaire pour assurer la sécurité du nouveau-né » [Traduction].

Il est crucial de comprendre que l'évaluation de la sécurité immédiate de ces enfants réalisée ce jour-là a été faite sans avoir vu les enfants ou la mère, ou sans avoir obtenu d'autres preuves, pour permettre de prendre une décision éclairée au sujet de leur sécurité.

Le 6 avril, un autre signalement a été effectué à partir de la collectivité concernant la présence de deux gros chiens au domicile d'Anna. Anna, avait alors dépassé son terme d'une semaine. Elle avait accepté de recevoir des services volontaires, mais elle ne se présentait pas à ses rendez-vous et elle n'était pas chez elle non plus lorsque les fournisseurs de services allaient la voir. Une nutritionniste, une travailleuse en intervention précoce et une infirmière-hygieniste avaient toutes essayé de la rencontrer, mais sans succès. La travailleuse sociale qui avait reçu ce dernier signalement a consulté la surveillante qui a déterminé qu'il n'y avait pas de préoccupations au sujet de la protection et de traiter ce signalement à titre d'information seulement.

Au petit matin le 13 avril 2004, Juli-Anna, âgée de deux ans et trois mois, est décédée au Memorial Hospital, à Woodstock, où elle avait été emmenée d'urgence par ambulance après que sa mère eut constaté qu'elle ne respirait pas. Malgré les efforts vaillants en vue de la réanimer, sa jeune vie était terminée. Plus tard le même jour, Anna a accouché de son quatrième enfant.

Comme le décrit le rapport du coroner, une autopsie a déterminé que la cause immédiate du décès de Juli-Anna était « une péritonite et une sepsie attribuable à un rectosigmoïde performé (corps étranger) » [Traduction]. Le corps étranger était un stylo en plastique de couleur verte d'une longueur de 8,5 cm qui, pour une raison quelconque, s'est retrouvé

dans son petit corps et a performé son intestin. Anna et son petit ami, qui vivait avec elle au moment du décès de Juli-Anna, ont été conjointement accusés d'avoir négligé d'avoir demandé pour elle une aide médicale, entraînant ainsi son décès.

Dans les preuves médicales étendues qui sont ressorties du procès qui a suivi, on a appris que Juli-Anna avait été gravement malade pendant au moins trois jours avant son décès et qu'elle avait souffert énormément. Elle avait souffert l'agonie avant son décès.

Le 25 octobre 2007, Anna a été trouvée coupable et l'ancien petit ami a été acquitté parce que le juge a déterminé qu'il n'avait aucun devoir de diligence à l'égard de Juli-Anna.

Au cours de sa vie de 27 mois, Juli-Anna avait vécu avec sa famille à au moins 14 endroits différents, allant de St Stephen jusqu'à Plaster Rock, y compris Benton, Canterbury, Woodstock, Perth-Andover et Aroostook. Seize signalements avaient été effectués aux Services de protection de l'enfance, mais il s'est révélé à la fin que cette petite fille n'était pas en sécurité dans son propre foyer et que le système en place pour la protéger ne l'avait pas fait.

## **5.0 FACTEURS DE RISQUE**

Ce qui est surprenant à la lecture du dossier, c'est que même avec tous les signalements provenant de professionnels et de membres de la collectivité, un dossier des services de protection de l'enfance n'ait jamais été ouvert durant la vie de Juli-Anna. De nombreuses enquêtes ont été menées, mais elles n'ont jamais mené à l'ouverture d'un dossier continu des services de protection durant les 27 mois de la vie de Juli-Anna. Les services de protection continus ont seulement été offerts deux fois à la famille, soit lorsque le père de Juli-Anna a été trouvé coupable d'avoir frappé le fils d'Anna en 1999 (le dossier a été ouvert pendant environ 20 mois) et après le décès soudain et imprévu de Juli-Anna.

Lorsqu'elles évaluent la sécurité et le bien-être d'un enfant, afin de déterminer s'il y a lieu d'ouvrir un dossier des services de protection continus, les travailleuses sociales tiennent compte de 22 facteurs de risque, selon le système de gestion des risques établi. À l'examen du dossier de Juli-Anna et de sa famille, il est important de mentionner certains des facteurs de risque et comment ils ont constamment été sous-évalués, minimisés et mal interprétés par les travailleuses sociales s'occupant de cette famille. Ainsi, un dossier des services de protection continus n'a jamais été ouvert.

### **5.1 Allégations d'usage de drogues**

Des allégations d'usage de drogues par Anna et le père de Juli-Anna ont souvent été soulevées dans le dossier de cette famille à SFC et par des sources crédibles. Même durant son adolescence, des préoccupations ont été exprimées concernant l'usage de drogues et la consommation d'alcool d'Anna. À une occasion, durant une réunion avec les deux parents à SFC, l'odeur de la marijuana a été décelée sur eux. De nombreux professionnels qui se sont rendus au domicile ont indiqué avoir senti de la marijuana. Les quelques fois où ils ont été confrontés avec la question, ils ont toujours nié qu'ils faisaient usage de drogues.

### **5.2 Allégations de mauvais traitements physiques et d'atteintes sexuelles à l'égard des enfants**

Nous avons trouvé trois allégations de mauvais traitements physiques infligés au fils d'Anna durant notre examen du dossier. Le premier incident serait survenu en juillet 1999 lorsque le père de Juli-Anna a secoué violemment le fils de deux ans d'Anna dans le terrain de stationnement d'un centre commercial de Fredericton, une agression figurant ailleurs dans le présent rapport. Le père de Juli-Anna a été reconnu coupable et a dû se soumettre à des conditions dans le cadre de son ordonnance de probation. Bien qu'il n'ait pas satisfait à ces conditions (participant, par exemple, à seulement quatre des huit séances sur la gestion de la colère), SFC ne l'a pas tenu responsable et l'a autorisé ultérieurement à retourner dans la famille sans soulever de questions.

La deuxième allégation de mauvais traitements physiques a été faite en juillet 2002 lorsqu'une femme aurait agressé le fils à une station d'essence. Le numéro de la plaque d'immatriculation a permis d'établir que le véhicule appartenait au père d'Anna. La police n'a pas participé à l'enquête, et la raison pour laquelle les renseignements n'ont pas été communiqués aux services de police n'a pas été documentée comme il le faut

conformément aux normes existantes. Cette enquête n'a pas été complétée de façon adéquate.

La troisième allégation de mauvais traitements physiques infligés au fils a été faite lorsque l'enfant a été interrogé à l'école le 23 mars 2004. Ce dernier a déclaré qu'un membre de sa famille l'avait frappé avec un morceau de bois, parfois lorsqu'il avait ses pantalons, parfois lorsque ses pantalons étaient baissés. Selon les documents au dossier, les renseignements n'ont jamais été communiqués aux services de police, et le membre de la famille n'a jamais été confronté. Anna a été simplement avisée qu'elle était responsable de la protection de son fils. Cette enquête n'a jamais été complétée.

En plus des allégations de mauvais traitements physiques, il y a eu une divulgation d'atteintes sexuelles. En juillet 2000, un membre de la famille a déclaré que le fils lui avait dit qu'un autre membre de la famille l'avait touché de façon importune. Le jour suivant, la personne qui a logé l'appel s'est rétractée, affirmant qu'elle avait parlé d'une situation hypothétique. À deux reprises, on a essayé en vain d'interroger l'enfant. Ce dernier a été examiné par un médecin qui n'a constaté aucun indicateurs physiques d'abus ni traumatisme. Les renseignements n'ont pas été communiqués aux services de police, et la personne en question n'a jamais été confrontée avec l'allégation.

En février 2003, le comportement sexualisé du fils a soulevé des préoccupations. À une occasion, il était complètement déshabillé dans l'autobus scolaire. Ce signalement a été consigné comme un appel à titre d'information seulement. Aucun suivi n'a été fait.

### **5.3 Comportement de nomade d'Anna**

À partir de la date où Anna a commencé à recevoir des services des Services familiaux et communautaires en tant que parent jusqu'à la date du décès de Juli-Anna, elle a déménagé au moins 24 fois. Au cours des 27 mois de sa vie, Juli-Anna a vécu dans 14 résidences différentes. Le comportement de nomade d'Anna a présenté des risques à ses jeunes enfants de bien des façons. Il est connu qu'un manque de stabilité, de sécurité et de continuité est très préjudiciable aux enfants, mais les travailleuses sociales qui ont évalué cette famille ont constamment ignoré ce risque important. Lorsqu'elles ont documenté ce risque, elles ont constamment indiqué qu'il s'agissait d'un faible risque, car la raison énoncée était que ce n'était pas le comportement de nomade d'Anna qui faisait l'objet d'évaluations, mais plutôt sur l'état du domicile lors de leurs visites. Cependant, le système de gestion de risques qu'elles utilisent traite en fait non seulement de la possibilité de dangers, mais également de l'instabilité causée par la situation du logement, la perte de la résidence et les déménagements multiples. Selon les documents, aucun effort n'a été déployé pour évaluer les effets de ce mode de vie extrêmement nomade sur le développement de ces enfants très jeunes et très vulnérables.

Le comportement de nomade d'Anna a également menacé répétitivement sa source de revenu. Chaque fois qu'elle a déménagé, son dossier devait être réévalué. Chaque fois, elle risquait un revenu stable et conséquemment, sa capacité de voir aux besoins de base en nourriture et en logement de ses enfants. Il a été bien documenté qu'Anna avait de la

difficulté à payer son loyer, et à acheter de la nourriture et des couches. À plus d'une occasion, Énergie NB a menacé de couper son électricité, et Anna a dû recourir à des mesures extrêmes comme s'adresser à l'Armée du salut afin d'obtenir de l'argent pour voir aux nécessités de la vie. Ce facteur a souvent été ignoré lorsque les travailleuses sociales ont évalué le risque éventuel de négligence envers les enfants.

Trois fois, des signalements ont été fait rapportant qu'Anna était partie, parfois sans payer de loyer ni donné d'avis. Ce qu'il y a de plus troublant, c'était l'état dans lequel elle a quitté ses appartements. On a signalé que les appartements étaient pleins d'ordures, qu'il y avait des excréments de chats, des couches sales, des restes de médicaments des enfants dans le réfrigérateur, des aliments moisiss, et de la crasse. De même, dans un cas, l'appartement était très endommagé.

Même si les travailleuses ont constamment rapporté que les normes d'entretien ménager étaient acceptables lors de leurs visites, l'information venant des propriétaires n'aurait pas dû être ignorée. Compte tenu de la présence de jeunes enfants vulnérables au foyer, on aurait dû l'avoir noté comme un indicateur de négligence. Les évaluations des travailleuses sociales étaient parfois déroutantes et illogiques. Dans une situation, on a rapporté que le nourrisson était propre et que c'était propre autour de lui, alors que le reste de la résidence était sale.

#### **5.4 Le manque de coopération de la mère**

À plusieurs reprises, Anna a refusé l'accès aux travailleuses sociales. Il était donc impossible aux autorités de la protection de l'enfance de voir comment se portaient ses enfants très jeunes et très vulnérables. Seulement une fois est-il documenté que la travailleuse sociale a appelé les services de police pour de l'aide et, cette fois-là, Anna et ses enfants étaient partis lorsqu'elle est revenue avec la police. Néanmoins, le dossier de cette enquête a été fermé, sans vérifier la plupart des allégations initiales. Anna a également refusé qu'une travailleuse sociale interroge son fils. Elle a souvent fait preuve d'hostilité envers SFC et elle est parfois disparue durant de longues périodes, laissant les autorités dans l'ignorance au sujet de l'endroit où se trouvaient les enfants. Elle a sans cesse mis fin aux services qui lui étaient offerts ou elle a tout simplement annulé ses rendez-vous ou ne s'y est pas présentée. Cette situation, conjuguée à ses antécédents de comportement de nomade et à son habitude de refuser l'accès aux travailleuses sociales, représentait un important risque pour la famille. Il semble que, dans bien des cas, lorsque SFC ne pouvait pas trouver la famille ou avoir accès aux enfants, le Ministère a tout simplement conclu que les allégations n'étaient pas fondées et de fermer le dossier.

#### **5.5 Vulnérabilité des enfants**

La vulnérabilité de ces enfants à cause de leur jeune âge était l'un des plus grands facteurs de risque. De sérieuses allégations de négligence envers les enfants étaient faites sans cesse aux autorités, selon lesquelles des nourrissons avaient des érythèmes fessiers

sanglants et étaient déplacés d'appartement en appartement. Or, personne (selon les documents) n'a essayé de vérifier le bien-fondé de ces renseignements importants.

La supervision et la protection des adultes étaient douteuses. Des gros chiens, suffisamment effrayants pour intimider les travailleuses sociales qui ont essayé d'entrer dans le foyer, étaient libres de se promener dans la maison où jouaient ces très jeunes enfants (les jeunes enfants d'Anna et de son partenaire). SFC n'a pas pu persuader les parents de trouver un autre foyer pour les chiens et ne désirait pas non plus appliquer un certain niveau de protection pour ces enfants en obtenant une ordonnance de surveillance.

## **5.6 Disponibilité des soutiens sociaux**

Le dossier d'Anna, tel que nous le connaissons, indique une relation tendue et de conflictuelle avec sa famille d'origine. Même si elle a dit que ses parents l'aidaient, ses récits ont laissé indiquer le contraire. Voilà pourquoi il est si surprenant de voir sans cesse, dans les documents que les parents d'Anna sont vus comme une source de soutien importante et fiable. Il y a même quelques épisodes où ses parents ont affiché beaucoup d'hostilité envers SFC. Ces faits auraient certainement dû jeter de sérieux doutes sur leur soi-disant relation de soutien avec leur fille, sur l'aide qu'ils lui apportaient dans son rôle de parent et sur leur fiabilité pour protéger ces enfants. Tout ceci nous porte à croire que les travailleuses de SFC ont constamment mal interprété la disponibilité et la fiabilité du réseau de soutien social d'Anna.

## 6.0 ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

### 1) NORMES DES SERVICES DE PROTECTION DE L'ENFANCE

#### a) *Évaluer les facteurs de risque*

Après avoir lu la section précédente, il est très difficile de comprendre comment les antécédents de la famille ont été ignorés pour ce qui est de l'évaluation du risque pour les enfants. L'usage de drogues, le manque de conformité flagrant de la famille avec les services, le sérieux comportement de nomade d'Anna, les allégations de mauvais traitements physiques et d'atteintes sexuelles et la relation tendue entre Anna et ses parents, étaient tous connus des autorités. Pourquoi ces facteurs ont-ils été constamment ignorés?

Le processus d'évaluation des risques exposé dans le manuel du Système de gestion des risques et les évaluations de risques mêmes réalisées dans ce cas étaient souvent en contradiction. À la page 75 du manuel, il est indiqué : « Lorsque des services sont offerts au moment où est faite l'évaluation des risques, assignez la cote qui s'appliquerait à chaque facteur de risque si les services étaient interrompus ». Il semble que les travailleuses sociales s'appuyaient sur les services volontaires offerts à la famille pour surveiller les questions liées à la protection de l'enfance. Cette démarche est contraire aux directives concernant l'évaluation des risques, et nous savons à quel point cela serait peu fiable, compte tenu des antécédents d'Anna avec les services volontaires.

Il est difficile de comprendre comment les travailleuses sociales, les surveillants et les présidents des comités de planification visant la permanence ont, à de nombreuses occasions, conclu que les allégations n'étaient pas fondées lorsqu'en fait les auteurs du signalement étaient des sources extrêmement crédibles et fiables. Par exemple, une personne que notre bureau juge *très* fiable a vu les enfants se promener sans bas, ni mitaines ou chapeaux par temps froid et avaient l'air sales et affamés. Une travailleuse sociale de SFC a toutefois jugé que ce signalement n'était pas fondé.

Même lorsque les travailleuses sociales ont vu la situation elles-mêmes, elles n'ont pas pris des renseignements cruciaux en considération. La question de l'usage de drogues en est un parfait exemple. De nombreux professionnels ont indiqué avoir senti de la marijuana au foyer d'Anna et sur la personne d'Anna. De plus, la police a souligné à SFC que le foyer d'Anna était un endroit bien connu pour la présence de drogues. Une salle pleine de professionnels de SFC à une réunion avec Anna a décelé cette odeur. Pourtant Anna a nié son usage de drogues.

L'une des questions les plus curieuses au sujet de ce cas est le fait que SFC ait décidé mainte fois de fermer le dossier à l'accueil sans mener d'enquête. Même si nous croyons que la violation des normes susmentionnées est grave, ce sont les décisions de fermer le dossier sans avoir évalué adéquatement les besoins des enfants qui est l'élément le plus bouleversant de notre examen du dossier de SFC.

Nous trouvons très étrange qu'après le premier incident de mauvais traitements physiques infligés au fils d'Anna (son enfant aîné) et qu'après une période d'intervention de 20 mois auprès de la famille par SFC, le dossier de protection de l'enfance a été fermé et aucune évaluation approfondie du fonctionnement de cette famille n'ait jamais été réalisée. À partir de la fermeture de ce dossier en 2001 jusqu'au décès de Juli-Anna en 2004, deux enfants sont venus s'ajouter à cette famille et un autre était en route. Durant cette période, la famille est déménagée plusieurs fois et SFC a reçu plusieurs plaintes de négligence envers les enfants. Notre examen du dossier a révélé qu'aucun effort n'a jamais été déployé pour interroger la sœur aînée de Juli-Anna, qui avait quatre ans lorsque Juli-Anna est décédé. Également, selon les documents dont nous disposons, peu d'efforts ont été déployés pour évaluer les 22 facteurs de risque qui sont présentés aux travailleuses sociales et aux surveillants dans le manuel du Système de gestion des risques. Par exemple, les attentes envers l'enfant par le parent auraient permis d'évaluer la compréhension d'Anna au sujet du développement approprié des enfants, ses méthodes de discipline et sa capacité d'offrir un soutien affectif à ses enfants. Son aptitude mentale à prendre soin de l'enfant aurait également dû être évaluée. Par exemple, quel effet le stress financier qu'Anna éprouvait avait-il comme effet sur elle et sur sa vie familiale? Quelle influence a-t-il eu sur son mécanisme d'adaptation? A-t-elle jamais agi sous le coup de l'impulsion ou a-t-elle éprouvé des sentiments de désespoir, d'anxiété et de faible estime de soi et comment ces émotions ont-elles influencé son rôle parental? Un autre facteur est l'influence ayant trait à la famille. Comment les conflits étaient-ils réglés entre Anna et son partenaire? Est-ce que les enfants ont été témoins d'altercations physiques entre Anna et n'importe lequel de ses partenaires? Et il y a la question de la vulnérabilité de l'enfant et sa réaction face au parent. Vers qui l'enfant se tourne-t-il lorsqu'il est troublé ou triste? Comment les enfants réagissent-ils à l'affection de leur mère?

Il ne s'agit là que de quelques exemples de ce que les travailleuses auraient dû évaluer lorsqu'un signalement était reçu, pour prendre des décisions éclairées au sujet du bien-être de ces enfants. Ce qu'il y a encore de plus alarmant est le fait que les renseignements historiques au sujet de la famille aient été reportés à partir d'évaluations de risques précédentes sans vérifier les nouveaux renseignements.

#### **Recommandation n° 1**

**Que le ministère des Service familiaux et communautaires s'assure que les facteurs de risque sont lus, interprétés et cotés comme il se doit.**

#### **b) Utiliser le Comité de planification visant la permanence**

Le Comité de planification visant la permanence est utilisé pour les dossiers de la protection de l'enfance. Ce comité est un organisme décisionnel régional qui surveille et approuve les décisions majeures encourtant les dossiers de protection de l'enfance et des services aux enfants pris en charge<sup>1</sup>. Le comité est formé de trois personnes ou plus, dont deux doivent être le travailleur social et le surveillant associés au dossier. Le Comité de planification visant la permanence a le mandat suivant :

<sup>1</sup> Toute l'information concernant le comité de planification visant la permanence provient des Normes du Programme des services aux enfants pris en charge de SFC.

- fournir un forum de prise de décision et de soutien aux travailleurs sociaux et aux surveillants;
- assurer l'uniformité dans les prises de décision;
- fournir des connaissances plus vastes pour la prise de décision;
- réduire les préjugés et les erreurs lors des prises de décision;
- prévenir la dérive des placements des enfants pris en charge;
- fournir un processus de suivi et de révision des plans de gestion de cas qui se base sur les principes et les normes de la planification visant la permanence.

Le comité prend ses décisions selon la règle de la majorité. Si les membres ne peuvent pas arriver à une décision, le président tranche.

Il est curieux qu'à la lecture du dossier, le moins que l'on puisse dire est que SFC n'ait à aucun moment demandé une ordonnance de surveillance auprès du tribunal de la famille. Une ordonnance de surveillance est une ordonnance judiciaire qui permet à SFC de surveiller la situation familiale. La famille doit habituellement satisfaire des conditions assujetties à cette ordonnance. Une ordonnance de surveillance signale clairement que les services de protection de l'enfance ont de sérieuses inquiétudes sur le bien être des enfants et qu'ils ne peuvent pas travailler avec la famille sur une base volontaire, puisqu'ils ont des doutes quand à la collaboration ou la motivation de la famille à participer au processus. Une ordonnance de surveillance est parfois l'étape qui précède le moment où les enfants seront pris en charge par le Ministre, si les parents ne se plient pas aux conditions élaborées dans l'ordonnance de surveillance (mais l'ordonnance de surveillance n'est pas nécessairement un pré requit au placement des enfants, et l'étape qui suis l'ordonnance n'est pas automatiquement le placement des enfants). Dans ce cas, on a suggéré à deux reprises d'obtenir une telle ordonnance. La première fois, c'était lors d'une réunion du Comité de planification visant la permanence le 7 décembre 1999 lorsqu'une travailleuse sociale a recommandé d'obtenir une ordonnance de surveillance pour amener les parents à participer à différents services (aide aux parents, gestion de la colère, aide familiale). Plutôt, le président du comité, qui était le gestionnaire de la prestation des programmes, a négocié une entente volontaire avec les parents. Nous croyons que cette mesure n'était pas indiquée, car les parents étaient bien connus, même à cette première étape, pour être difficiles à servir, pour ne pas collaborer et pour ne pas se conformer. Il semblerait que le président du comité ait déclaré qu'il ne voulait pas « offrir trop de services » à la famille ou dédoubler les services à la famille. Nous devons mettre en doute cette décision qui semble montrer que les préoccupations au sujet de la protection de l'enfance aient été minimisées pour satisfaire les parents.

La deuxième occasion manquée est survenu à une autre réunion de planification visant la permanence en avril 2001. Une travailleuse sociale prenait la décision de fermer le dossier. Les autres professionnels mêlés au dossier se sont dit préoccupés de la fermeture du dossier. On a suggéré que, si le dossier était rouvert, il faudrait obtenir une ordonnance de surveillance pour amener les parents à se conformer. Un nouveau signalement a été reçu une semaine plus tard. Aucune requête n'a été présentée pour obtenir une ordonnance de surveillance à ce moment-là ou lorsque les 6 autres signalements ont été

reçus jusqu'au 13 avril 2004, le jour où Juli-Anna est décédée. En fait, le dossier n'a jamais été rouvert à la protection de l'enfance avant le 20 avril 2004, une semaine après le décès de Juli-Anna. Au cours de cette période, le dossier a été parfois ouvert pour mener des enquêtes à la réception d'un signalement, mais il n'a jamais été dirigé vers les services de protection de l'enfance à long terme, parce que les chances de mauvais traitements éventuels aux enfants étaient constamment jugées à faible risque.

### **Recommandation n° 2**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires examine la fonction du Comité de planification visant la permanence pour s'assurer que celui-ci est utilisé de façon adéquate.**

#### **c) Observer les normes de pratique**

##### **Normes de pratique**

SFC a des normes de pratique et des lignes directrices pour les services de protection de l'enfance. Selon le manuel, qui a été révisé en janvier 2007, les normes de pratique sont « obligatoires et établissent le niveau minimum de rendement nécessaire », tandis que les lignes directrices sont des modalités facultatives considérées souhaitables, mais pas obligatoires. Les lignes directrices et les normes sont un seuil minimum à respecter et visent à compléter, mais non remplacer, la pratique exemplaire en travail social. Les normes de pratique sont utilisées conjointement avec le système de gestion des risques du Ministère qui aide les travailleuses à évaluer le risque lorsqu'elles prennent les décisions suivantes :

1. Déterminer s'il faut faire enquête. (fait à l'« accueil », soit lorsque le signalement est reçu)
2. Déterminer le délai d'intervention à la suite d'un signalement. (également fait à l'« accueil »)
3. Évaluer la sécurité immédiate de l'enfant. (fait durant l'enquête)
4. Vérifier et conclure le signalement. (fait durant l'enquête)
5. Évaluer le risque de mauvais traitements ou de négligence éventuels. Déterminer s'il faut ouvrir ou non un dossier. (fait durant l'enquête)
6. Déterminer le niveau de services/plan d'intervention. (fait durant les services continus)
7. Réévaluer le risque de façon périodique. (fait durant les services continus)
8. Déterminer s'il faut retirer l'enfant de la famille ou réunir l'enfant et le fournisseur de soins. Également, prendre des décisions en raison d'autres événements importants. (fait durant les services continus)
9. Déterminer s'il faut fermer le dossier. (fait durant les services continus)

Le manuel précise, dans la norme de pratique 8, que la travailleuse sociale doit consulter son surveillant et faire approuver toutes les décisions énumérées ci-dessus.

Les normes de pratique de protection de l'enfance existent pour plusieurs raisons :

- Mettre en œuvre les dispositions de la *Loi sur les services à la famille* et des règlements en offrant une orientation opérationnelle;

- Définir un niveau de rendement attendu durant la prestation des services de bien-être à l'enfance;
- Énoncer ce à quoi les familles et le public peuvent s'attendre;
- Permettre au ministère de suivre de près son rendement en facilitant la prise de mesure.

### Lignes directrices

Les lignes directrices relatives à la protection de l'enfance sont des modalités considérées facultatives mais souhaitables. Contrairement aux normes de pratique, elles ne sont pas obligatoires. Elles expliquent comment mettre en œuvre les normes de pratique.

Les lignes directrices peuvent être énoncées pour plusieurs raisons :

- Permettre une plus grande souplesse et des pratiques discrétionnaires;
- Spécifier une pratique préférée;
- Spécifier des interactions et un comportement souhaités qu'il est impossible de mesurer ou d'énoncer avec précision;
- Spécifier un objectif ou un niveau de rendement attendu.

Les représentants du ministère des Services familiaux et communautaires n'ont pas observé certaines de ces normes de pratique à plusieurs occasions dans ce cas-ci. La vérification clinique menée par le Ministère après le décès de Juli-Anna indique que les normes de pratique (obligatoires) n'ont pas été observées dans d'autres dossiers à ce bureau.

### **Recommandation n° 3**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure que les normes de pratique sont observées, non seulement à Woodstock, selon ses recommandations internes, mais dans toute la province. Si le personnel est incapable d'adhérer aux normes à cause de questions liées à la charge de travail, que le Ministère détermine pourquoi et apporte des rajustements en conséquence, par exemple, l'embauche de plus de personnel si la charge de travail le nécessite.**

### *Normes précises non observées*

#### *Allégations de mauvais traitements physiques*

En juillet 2002, il y a eu une allégation voulant qu'une femme ait frappé un garçon à une station d'essence. Le numéro de la plaque d'immatriculation a permis d'établir que le véhicule appartenait à un membre de la famille d'Anna. À l'examen du dossier, nous n'avons trouvé aucune indication que les normes suivantes n'aient été observée : a) norme de pratique 23 – aviser la police, b) norme de pratique 21 – signalement par une tierce partie, c) norme de pratique 26 - accès à l'enfant ou à des documents géné ou refusé pendant l'enquête.

a) *Norme de pratique 23 – aviser la police* – Cette norme énonce qu'"après avoir consulté le surveillant, à moins d'avoir été exempter (*sic*) de le faire, lorsque des activités de nature criminelle sont soupçonnées, le travailleur social communique

immédiatement avec les services de police dans tous les cas de violence sexuelle et les cas de mauvais traitements ou de négligence envers un enfant lorsque des activités de nature criminelle sont soupçonnées. Toute décision de ne pas communiquer avec les services de police doit être documentée ». Il n'est pas clair pourquoi les services de police n'ont pas été appelés à faire enquête, ou au moins à donner un coup de main, ou si une décision a été prise de ne pas les appeler.

b) *Norme de pratique 21 - signalement par une tierce partie* – Cette norme établit que « lorsque le ministère reçoit un signalement à l'effet qu'une personne autre que les parents a infligé des mauvais traitements/négligence à un enfant, la décision de procéder ou non à une enquête doit être prise après consultation avec le surveillant à moins d'avoir été exempté de le faire par son surveillant. S'il existe des motifs raisonnables de faire une enquête, il faut se poser deux questions : a) Les parents auraient-ils pu prévenir les mauvais traitements/négligence? b) Les parents ont-ils pris des mesures pour protéger l'enfant de tout mauvais traitement ultérieur de la part de l'agresseur? ». On n'a pas documenté si la travailleuse a, à un moment quelconque, discuté avec Anna de son rôle dans l'incident. Ni la version d'Anna de l'événement ni son rôle afin de protéger son fils à l'avenir contre des éclats de colère de la part des membres de la famille n'ont été documentés.

c) *Norme de pratique 26 - accès à l'enfant ou aux documents gêné ou refusé pendant l'enquête* – Cette norme énonce que lorsque l'accès à l'enfant est gêné ou refusé pendant l'enquête, le travailleur social doit :

- Informer les personnes qui gênent ou qui refusent l'accès que le Ministère a la responsabilité de porter l'affaire devant les tribunaux;
- Recourir à la solution de rechange qui s'impose, qui consiste à s'adresser aux tribunaux, si une intervention est nécessaire et qu'il est impossible d'obtenir toute collaboration;
- Consulter le surveillant au sujet de la présentation au tribunal de la famille d'une requête d'ordonnance autorisant la tenue d'une enquête, en vertu du paragraphe 31(2.2) de la *Loi sur les services à la famille*;
- Communiquer immédiatement avec le service de police lorsqu'une intervention policière est nécessaire pour exécuter une ordonnance autorisant une enquête.

Refuser l'accès à un enfant durant une enquête sur des mauvais traitements est un acte très sérieux. Notre examen indique que, chaque fois qu'Anna est devenue hostile à l'endroit de SFC, le Ministère cessait ses interventions. Il semble d'après l'enquête incomplète du Ministère que SFC cherche trop à satisfaire Anna au lieu de s'acquitter de son obligation d'enquêter sur l'allégation de mauvais traitements infligés aux enfants.

#### ***Voir l'enfant dans son milieu***

Selon la norme de pratique 25 qui était en place au moment du décès de cet enfant : « Dans chaque situation, on doit déterminer si la sécurité ou le développement de l'enfant sont menacés ou s'ils risquent de l'être ». Cela s'applique à l'étape de l'enquête,

lorsqu'on a déjà déterminé qu'une enquête est nécessaire. Le 19 mars 2004, lorsque l'enfant a été emmené à l'hôpital avec des aphtes buccaux (plaies autour de la bouche) et que le médecin a ensuite fait un signalement à SFC indiquant qu'il croyait que l'enfant pourrait être la victime d'un manque de supervision ou de négligence, SFC a déterminé qu'une enquête était justifiée. Dans la section intitulée « Démarche d'enquête », la norme indique : « Rencontrer l'enfant afin de l'observer ou de l'interroger dans le but de vérifier le bien-fondé du signalement ». La travailleuse sociale a fait ce qu'elle était censée faire et a tenté de visiter la famille quatre jours après la réception du signalement, le 23 mars. Cependant, la travailleuse, comme il est mentionné plus tôt dans ce rapport, n'a pas vu la famille. Elle a décidé qu'elle retournerait lorsque la mère accoucherait de son quatrième enfant. Selon ses notes, elle avait l'impression que cela serait bientôt, car Anna devait accoucher seulement quelques jours plus tard. Il s'avère que la mère a accouché le 13 avril, le jour où Juli-Anna est décédée. La travailleuse n'a pas vu l'enfant après le signalement du 19 mars 2004 ni n'a tenté de visiter la famille après sa visite ratée du 23 mars 2004.

Je suis heureux de constater que, dans les « Normes de pratique et lignes directrices des Services de protection de l'enfance », mises à jour en janvier 2007, près de trois ans après le décès de Julie-Anna, certaines modifications ont été ajoutées à la norme de pratique 25, maintenant la norme de pratique 27.

Dans cette nouvelle norme, intitulée « Décision relative aux risques : Vérification et confirmation du bien-fondé du signalement », il est énoncé qu'« afin d'évaluer adéquatement les risques pour tous les enfants et de déterminer le niveau d'intervention et la pertinence des services, le travailleur social **doit** rencontrer dans leur milieu de vie, pendant l'enquête, tous les enfants ou les enfants handicapés qui n'ont pas commencé à fréquenter une école privée ou publique et observer directement leur condition de vie ». (C'est moi qui souligne.)

Cependant, quelques lignes plus loin dans la section intitulée « Lignes directrices », le texte est formulé légèrement différemment dans la version anglaise (la version française ne montre pas cette différence dans le texte) : « In order to accurately assess risk to all children and to determine the level of intervention and appropriateness of services, the Child Protection Social Worker **should** see all children whether in the public/private school system or children who are disabled, in their home environment during the investigation phase and directly observe the children's living situation ». (C'est moi qui souligne.)

Pour éliminer tout doute et toute ambiguïté au sujet du fait que les enfants doivent être vus par le travailleur social durant l'enquête, le texte dans la section des lignes directrices doit être complètement supprimé.

#### **Recommandation n° 4**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires modifie les normes de pratique et lignes directrices ainsi : norme de pratique 27, pour qu'elle continue d'être ainsi rédigée en anglais : « In order to accurately assess risk to all children**

**and to determine the level of intervention and appropriateness of services, the Child Protection Social Worker must see all children who have not entered the public/private school system or children who are disabled, in their home environment during the investigation phase and directly observe the children's living situation ». De plus, je recommande de supprimer le texte semblable dans la section intitulée « Ligne directrice ».**

**d) Examiner tous les dossiers précédents de SFC ayant trait à la famille**

Les normes de pratique des Services de protection de l'enfance énoncent, dans le cadre de la norme 18, les attentes à l'égard d'une vérification des dossiers antérieurs à la réception d'un nouveau signalement au sujet d'une famille. Cela signifie que le travailleur social qui reçoit la plainte et que le travailleur social affecté à l'enquête doivent récupérer tous les renseignements disponibles sur la famille à partir des dossiers de SFC, y compris les signalements précédents. Il faut examiner ces renseignements et, plus important encore, en tenir compte ainsi que du nouveau signalement. En d'autres termes, lorsqu'un nouveau signalement est reçu, il faut examiner tous les dossiers précédents également. Les nouveaux renseignements ne devraient jamais être évalués en isolement.

D'après les renseignements exposés dans le présent rapport, il est très évident que cette famille avait des dossiers détaillés à SFC. Sur bon nombre des formulaires que le travailleur social chargé de l'accueil a remplis, il est indiqué que les dossiers de la famille ont été récupérés. Il existe des preuves, cependant, établissant que ces dossiers précédents ont rarement été pris en considération. Un examen de ce cas montre que, chaque fois les signalements ont été évalués sans tenir compte des dossiers précédents de la famille à SFC.

Dans les révisions entreprises aux normes en place au moment du décès de Juli-Anna et achevées en janvier 2007, quelques modifications ont été apportées à la norme de pratique 18, qui est devenue la norme 19 dans le nouveau document. Cependant, aucune des modifications ne se rattache à la vérification des contacts antérieurs et aucune n'établit la façon dont il faut analyser les dossiers précédents de la famille en fonction du nouveau signalement. De plus, le texte du manuel du système de gestion des risques traitant de la question des dossiers précédents de la famille à SFC est ainsi rédigé : « Déterminer si le Ministère est déjà intervenu, de même que la nature de l'intervention ». À mon avis, c'est insuffisant.

**Recommandation n° 5**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires modifie la norme de pratique 19 dans le manuel du système de gestion des risques pour inclure un énoncé clair établissant que, lorsqu'un nouveau signalement sur une famille est évalué, il faut tenir compte de tous les résultats provenant des dossiers précédents de la famille avec les services de protection de l'enfance dans les renseignements concernant le nouveau signalement. Également, des directives devraient être**

**clairement énoncées au sujet de la façon dont les renseignements figurant dans les dossiers précédents de la famille aux services de protection de l'enfance de SFC doivent faire partie de la décision de faire enquête ou non sur le nouveau signalement.**

## 2) NÉGLIGENCE

Il était important pour moi de parler dans ce rapport de la question de la négligence envers les enfants. SFC a décrit l'histoire de Juli-Anna et de sa famille comme un cas de négligence. Il y a eu trois signalements de mauvais traitements physiques infligés au fils d'Anna (deux d'entre eux n'ont jamais fait l'objet d'une enquête complète), et un signalement de présumées atteintes sexuelles. Il y a également eu un signalement de comportement sexualisé importun. Cependant, la majorité des plaintes déposées auprès de SFC sur cette famille portaient sur le comportement de négligence de la mère envers ses enfants.

La négligence envers des enfants est définie ainsi : « La négligence physique désigne les actes d'omission de la part du parent ou de la personne qui a la charge d'un enfant ou le défaut de satisfaire aux besoins de base de l'enfant et de lui assurer les soins appropriés en fait d'aliments, de vêtements, de logement, d'hygiène et de sécurité, conformément aux normes minimales fixées par la collectivité en matière de soins. »

« Un enfant dont l'état physique, mental ou affectif a été réduit ou risque d'être réduit en raison de la négligence par le tuteur légal de l'enfant d'exercer un niveau de soins minimum afin de fournir à l'enfant de la nourriture, un logement ou une éducation, des soins médicaux, une supervision, ou une protection contre les préjudices ». P. 1, Colorado Bar Association.

« La négligence se définit alors comme étant] l'échec du parent à répondre aux divers besoins de son enfant. Elle se définit davantage par l'absence de comportements qui soient bénéfiques à l'enfant et moins par la présence de conduites parentales néfastes. »<sup>2</sup>

À mon avis, l'extrait suivant résume bien le cas d'Anna, la mère Juli-Anna :

« La négligence est le plus souvent attribuable à l'ignorance et au chaos dans la vie du pourvoyeur de soins. Dans bien des situations, le manque de renseignements, de compétences ou de ressources adéquates sur l'éducation des enfants contribue à une situation de négligence. Dans bien des cas, le rôle de parents négligents existe sur le même continuum que celui du rôle de parents adéquats. Il est possible que les parents négligents ne soient pas conscients que leurs actions (ou de leur inaction) aient atteint un niveau qui pourrait causer des préjudices à l'enfant. Les parents dépassés ne savent souvent pas quoi faire pour obtenir une aide au sujet de la façon de voir à leurs enfants et hésitent à attirer une attention négative sur eux-mêmes. Par exemple, la crainte d'une intervention de la part des services de protection de l'enfance exerce une pression indiscutable qui amène certains à minimiser ou à nier les conditions de négligence. D'autres formes de mauvais traitements infligés aux enfants comme les mauvais traitements physiques et les atteintes sexuelles peuvent se produire par épisodes ou

---

<sup>2</sup> Éthier, Bourassa, Klapper, Lajoie, Gough, Léveillé. Centres d'excellence pour le bien-être des enfants, 2007

survenir une seule fois. Toutefois, la négligence est habituellement composée d'épisodes chroniques de soins inadéquats ou inappropriés à l'âge. » (*Traduction*)<sup>3</sup>

La négligence à l'endroit des enfants représente la majorité des cas de protection de l'enfance dirigés vers les services de protection de l'enfance au Canada et aux États-Unis. Dans certaines régions, les études ont révélé qu'entre 40 % et 60 % des signalements de mauvais traitements sur lesquels les services de protection de l'enfance ont fait enquête concernent la négligence.<sup>4</sup>

Selon le rapport de SFC publié en 2000, *Les enfants priment tout*, les cas de négligence au Nouveau-Brunswick ont représenté la majorité des signalements remontant jusqu'à 1985. Depuis 2002, cette tendance s'est maintenue, les signalements de négligence à l'endroit des enfants sont demeurés plus élevés (53 %) que ceux faisant état de sévices infligés (28 %) ou d'abus sexuel à l'égard des enfants (19 %). (Ces estimés ne comprennent pas les signalements de négligence et de violence psychologique.)

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI-2003) est une initiative nationale de surveillance de la santé infantile qui recueille des données tous les cinq ans sur les incidences des mauvais traitements infligés aux enfants, signalés aux services de protection de l'enfance au Canada (sauf le Québec). L'étude a révélé qu'entre 1998 et 2003, le nombre de cas de mauvais traitements infligés aux enfants qui ont fait l'objet d'une enquête ont augmenté de 86 %, tandis que les cas corroborés de mauvais traitements infligés aux enfants (cas qui se sont révélés fondés après la réalisation d'une enquête) ont augmenté de plus de 125 % de 1998 à 2003 (Trocme et coll., 2005). Durant la même période, le nombre de cas corroborés de négligence envers les enfants a presque doublé (Trocme et coll., 2005). (Remarque : ces chiffres expriment une augmentation du nombre de cas signalés et non pas nécessairement une augmentation des mauvais traitements infligés aux enfants au pays.)

Il est devenu évident que l'augmentation dans les cas de négligence corroborés à l'endroit des enfants a contribué considérablement à l'augmentation du nombre de dossiers du bien-être à l'enfance au Canada. Cette pression sur le système de bien-être à l'enfance combinée aux compressions dans les programmes sociaux laisse les travailleurs sociaux et les familles qu'ils servent dans une position très vulnérable. Le nombre élevé de dossiers et la diminution des ressources empêchent le travailleur social d'établir des relations avec les familles. (Farris-Manning et Zandstra, 2003)

<sup>3</sup> Perry, B.D., Colwell, K. et Schick, S. *Child Neglect* in: **Encyclopedia of Crime and Punishment**, vol. 1 (David Levinson, réd.) Sage Publications, Thousand Oaks, p. 192-196, 2002.

<sup>4</sup> Lacharité, Chamberland et Baraldi, Centre d'excellence pour la protection et bien-être des enfants, 2004; Tomnay et Dioering, Santé Canada; Trocmé et coll., 2001.

De nombreuses personnes sont d'avis que la protection de l'enfance est devenue un système surchargé, réactionnaire et axé sur les crises, qui s'occupe des situations les plus urgentes et les plus évidentes comme les blessures physiques, et qui est devenu incapable de se concentrer sur les questions de négligence à l'égard des enfants, sans parler de la prévention de telles conditions. La recherche montre que les conséquences de la négligence à l'endroit des enfants sont aussi graves que celles des autres formes d'abus infligés aux enfants (physique ou sexuelle). « En effet, la négligence au cours des premières années de la vie peut causer des dommages graves, chroniques et irréversibles. » [Traduction]. (Child Trauma Academy, 2007) De plus, nous savons que la négligence à l'endroit des enfants « ... est la forme de mauvais traitements infligés aux enfants qui est la moins étudiée et la plus mal caractérisée » [Traduction]. Child Trauma Center, 2007

« Le dépistage précoce est l'élément le plus important de l'intervention. Malheureusement, plusieurs facteurs entravent le dépistage de la négligence. Dans notre structure sociale actuelle, de nombreuses familles sont isolées sur le plan physique ou social. Ainsi, il est possible que le nourrisson, le tout-petit ou le jeune enfant négligé ne soit pas vu par un autre adulte responsable. Lorsqu'un enfant est remarqué par d'autres adultes à l'école ou dans d'autres cadres, il ne reste pas d'ecchymoses ou de marques évidentes qui pourraient servir d'indicateurs » [Traduction]. Child Trauma Academy, 2007.

De nombreux professionnels parlent d'une « négligence de la négligence » parmi les décideurs et les professionnels. En d'autres termes, la négligence, probablement la forme la plus néfaste de mauvais traitements infligés aux enfants, reçoit moins d'attention de la part du gouvernement et des médias que les mauvais traitements physiques ou les atteintes sexuelles.

De plus, la négligence à l'endroit des enfants a « été traditionnellement associée à la pauvreté et aux difficultés économiques des familles canadiennes » [Traduction]. (*Le bien-être des enfants du Canada : C'est notre affaire*, publié par la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, 2007) Un groupe de recherche au Québec qui se concentre sur la négligence à l'endroit des enfants indique qu'« ... [ils] en sont venus à parler de la négligence comme 'd'un monde', une sorte de quartier, dans lequel des familles isolées et vulnérables – les plus pauvres des plus pauvres – tentent de survivre ». Centre d'excellence pour la protection et bien-être des enfants, 2004

Les analystes de l'affaire Jacqueline Brewer, un autre enfant du Nouveau-Brunswick dont le décès a mis en lumière les faiblesses du système de protection de l'enfance, ont trouvé que la plupart des signalements faits aux autorités de la protection de l'enfance au moment de leur examen étaient des cas de négligence à l'endroit des enfants. La situation était pour ainsi dire identique au cas de Juli-Anna. Les représentants de SFC ont jugé que l'affaire Brewer était moins grave que d'autres cas de négligence chronique que les services de protection de l'enfance supervisaient dans la région de Saint John. Les analystes ont noté également que peu de documents venant du Ministère définissaient clairement la négligence et encore moins fournissaient des directives au personnel sur la

façon de traiter ces cas. De plus, ils se sont prononcés sur le défi qui se présente aux travailleurs sociaux lorsqu'ils doivent concilier le droit de l'enfant à la protection et la préservation de la famille.

Dans la même veine, le personnel du Ministère mêlés au cas de Juli-Anna que mon personnel et moi avons interviewés, nous ont confié que le cas de Juli-Anna, bien connu de leur bureau en raison des nombreux signalements avec les années, n'était pas vu comme un cas de négligence grave. En fait, il n'a pas été vu comme un cas qui avait besoin de beaucoup d'attention de la part des autorités de la protection de l'enfance.

En tant que société, nous devrions nous préoccuper grandement de toutes ces constatations. Non seulement nous avons laissé tomber Juli-Anna et sa famille, mais nous continuons de maintenir un système qui permet aux plus démunis et aux plus vulnérables d'être marginalisés et exclus. La richesse et la prospérité du Canada n'ont pas profité à tous, surtout pas à ceux qui en ont besoin le plus. Ce n'est pas suffisant d'être horrifié lorsqu'un cas comme celui-ci fait la une. Que nous devions tous jeter le ~~blâme~~ sur la mère de cet enfant ne suffira pas non plus. Toute la société doit partager le blâme parce que nous avons tous fait des choix qui nous ont amenés dans cette situation.

Les deux fois où un dossier de la protection de l'enfance a été ouvert pour des services continus à cette famille était lorsque le fils d'Anna a été victime de mauvais traitements physiques avant la naissance de Juli-Anna et après le décès de la fillette. Un dossier n'a jamais été ouvert pour des services continus à cause des nombreux problèmes de négligence. Nous jugeons cette situation alarmante, compte tenu de la recherche présentée ci-dessus. Comme il est indiqué, la négligence est aussi grave et peut-être plus néfaste et mérite autant d'attention que les mauvais traitements physiques.

Depuis l'examen du décès de l'enfant Brewer, des modifications ont été apportées à certaines des normes de protection de l'enfance que le personnel utilise afin de mener des enquêtes et d'offrir des services aux familles. Toutefois, il semble qu'un manque de compréhension et d'orientation claires autour des cas de négligence à l'endroit des enfants continue de persister, et que ces trois recommandations formulées il y a près de 10 ans continuent de s'appliquer aujourd'hui. Je les ajouterai donc à ma liste de recommandations concernant l'examen du cas de Juli-Anna.

#### **Recommandation n° 6**

**Que l'on passe en revue la définition de la négligence envers les enfants de sorte à énoncer des lignes directrices claires et sans ambiguïté permettant aux travailleurs de la protection de l'enfance et aux autres intervenants d'évaluer les cas de négligence chronique et d'établir des niveaux de risque.**

#### **Recommandation n° 7**

**Que tous les travailleurs de la protection de l'enfance et les autres dispensateurs de services connexes disposent de directives claires et d'une formation leur permettant d'identifier les cas d'enfants victimes de négligence chronique, de les comprendre et de s'en occuper adéquatement.**

**Recommandation n° 8**

**Que l'on clarifie le double rôle des travailleurs de la protection de l'enfance qui doivent conserver le noyau familial tout en veillant à protéger l'intérêt des enfants.**

### **3) TRAVAILLEURS DES PROTECTION DE L'ENFANCE**

*Les travailleurs de la protection de l'enfance se retrouvent chaque jour dans certaines des pires situations qui existent en dehors d'une zone de guerre [Traduction].*

D<sup>r</sup> Andrew Turnell

#### ***La vie d'un travailleur de la protection de l'enfance***

Les travailleurs sociaux de la protection de l'enfance ont l'un des emplois les plus difficiles qui soient au Nouveau-Brunswick. Quoique les erreurs de jugement professionnel des travailleuses sociales affectées à ce dossier ne peuvent être ignorées, il est évident qu'elles furent commises dans des circonstances extrêmement éprouvantes. La gestion doit également assumer la responsabilité de ne pas avoir écouté leurs nombreux appels à l'aide.

Il est important à ce moment-ci de souligner la situation en milieu de travail qui existait à ce bureau précis de SFC durant la période en question. Après que la haute direction a été informée que le milieu de travail dans le bureau de SFC de Woodstock était moins qu'idéal, une étude de l'environnement y a été effectuée au début de 2001. SFC a élaboré un plan d'action en réponse au rapport. Plus tard, une évaluation du milieu de travail a été réalisée. L'analyse de l'environnement a recommandé, entre autres, d'accroître le nombre de postes administratifs de deux à quatre, d'obtenir plus de locaux et d'offrir une formation supplémentaire au personnel. L'évaluation du milieu de travail a seulement recommandé que le sous-ministre et le gestionnaire régional transmettent un message clair et consistant visant à habiliter les travailleurs sociaux.

À part les analyses et les plans d'action, le document le plus éloquent qui décrit la nature désespérée du milieu de travail vers la date du décès de Juli-Anna est un message électronique transmis au gestionnaire des programmes responsable de la supervision des services de protection de l'enfance dans cette région le 6 avril 2004, soit sept jours avant le décès de l'enfant. Il résume les préoccupations que les travailleurs dans cette unité ont soulevées (les noms de personnes ont été remplacés par des lettres) :

« Je vous envoie ce message, car j'éprouve le besoin d'exprimer mes pensées au sujet des problèmes continus avec la dotation dans mon unité. Cela fait près de cinq ans que je travaille dans cette unité, et j'ai constaté au cours de cette période un roulement continual du personnel à cause de l'épuisement professionnel, du stress et du numéro de poste ' occasionnel ' sempiternel que nous avons pour notre deuxième préposé à la préinscription.

« J'ai été très déçue d'apprendre hier que notre préposée à la prise de contact occasionnelle actuelle quittait notre bureau pour un poste permanent. X était une excellente addition à notre 'équipe', qui aimait le travail (et le milieu) et qui aurait aimé rester dans notre unité. Je ne peux pas la blâmer de sa décision de partir, car j'aurais fait de même à sa place. Y quitte également notre unité pour un poste plus permanent dans une autre région. Z, comme vous le savez bien, est en congé de maladie pour une durée indéterminée.

« Notre équipe a maintenant atteint son niveau le plus bas, bien que je doive dire que c'est seulement un autre coup à une équipe qui a travaillé dans un état de crise constant (à l'exception de quelques mois ici et là) pendant toute la durée de mon emploi... L'« équipe » a su relever chaque défi depuis que je suis ici : par exemple, s'occuper des dossiers de la protection de l'enfance pendant un an et demi; travailler constamment avec un nombre insuffisant d'employés, car un membre de l'équipe est toujours 'en formation' (ou nous avons un poste vacant); réaliser plus d'enquêtes par mois que le nombre correspondant à une charge de travail 'complète'.

« Je sais que nous avons présenté des statistiques chaque fois qui ont appuyé la nécessité d'avoir plus de personnel, mais nos efforts sont tombés dans l'oreille d'un sourd. Je crois personnellement que le temps est venu de chercher un emploi ailleurs ou de me retrouver en congé pour stress. N'avons-nous pas soumis nos préoccupations aux bonnes personnes? Faut-il que nous nous retrouvions tous victimes d'« épuisement professionnel » – **faut-il que les clients souffrent et qu'une tragédie survienne éventuellement?** Les normes ne sont pas observées, et je n'entrevois pas de changement dans un proche avenir à cet égard sans que des changements ne soient apportés pour régler le problème de dotation une fois pour toute. » [Traduction]. (C'est moi qui souligne.)

Une autre travailleuse de l'unité a envoyé un message électronique le 5 avril 2004 à la même personne dont l'objet était « SOS We are Sinking » (SOS nous sommes en train de couler). Il s'agissait d'un message semblable au précédent dans lequel la travailleuse demandait de l'aide.

### **Dotation**

L'extrait du message électronique ci-dessus donne une indication des problèmes de dotation durant la période de ce cas. La dotation était également une question en litige dans le cas Brewer. Dans son rapport de ce cas, le Comité d'examen des décès d'enfants a souligné que, « [I]es contraintes budgétaires au sein du ministère ont fait en sorte que des postes de travailleurs de la protection de l'enfance sont restés vacants pendant de longues périodes, en raison de la politique gouvernementale de « compressions par les postes vacants ». C'est pourquoi de nombreux cas ont fait l'objet de mesures transitoires pendant des périodes prolongées, puisqu'ils s'ajoutaient à la charge de travail des employés restants ».<sup>5</sup> Les questions associées à la compression par les postes vacants ne s'appliquaient pas au cas de Juli-Anna. Toutefois, il y avait d'autres problèmes de dotation à cause de la difficulté d'attirer des personnes à Woodstock, en partie parce que les postes étaient des postes occasionnels et non des postes permanents.

À partir de l'automne 2003 jusqu'au printemps 2004, il y avait des pressions liées à la charge de travail et des préoccupations ayant trait à la dotation que l'unité d'accueil et d'évaluation à Woodstock a tenté de communiquer sans succès aux membres de la haute

<sup>5</sup> Creaghan et col. *Rapport du Comité d'examen des décès d'enfants au sujet du décès de Jacqueline Dawn Brewer*, ministère des Services familiaux et communautaires, le 7 juillet 1998, page 27.

direction à Fredericton qui auraient dit aux membres de l'unité de faire du mieux qu'ils pouvaient avec les ressources dont ils disposaient. La fonction de prise de contact de l'unité était alors accomplie à Woodstock. Cependant, le préposé à la préinscription permanent était en congé de maladie. Les enquêteurs de la protection de l'enfance dans cette unité ont donc dû faire les prises de contact, en plus de leurs propres responsabilités d'enquête. Ils se sont donc retrouvés avec une charge de travail considérable, et les travailleurs sociaux étaient donc extrêmement stressés et leur moral était à la baisse, car personne ne prêtait attention à leurs appels à l'aide. Ces travailleurs sociaux m'ont dit qu'ils ont prévenu la haute direction constamment qu'ils étaient incapables d'observer les normes de protection de l'enfance.

Peu après le décès de Juli-Anna, la fonction de prise de contact de Woodstock a été déplacée en permanence au bureau de Fredericton. De plus, en septembre 2004, la responsabilité de la surveillance de tous les préposés à la prise de contact de la région 3 avait été déplacée à un surveillant à Fredericton.

En janvier 2005, un poste de durée déterminée a été ajouté à l'unité d'accueil et d'évaluation de Woodstock, mais à cause des difficultés continues à recruter et à maintenir en poste les travailleurs sociaux de la protection de l'enfance, le poste est souvent vacant. Il y a un roulement constant des travailleurs sociaux au bureau de Woodstock. Les nouveaux diplômés y occupent souvent leur premier emploi qu'ils quitteront pour aller travailler ailleurs, cependant, chaque fois que la possibilité se présentera. Cela continue de me préoccuper que le maintien d'un effectif complet de personnes entièrement qualifiées soit un défi continu à l'unité d'accueil et d'évaluation du bureau de Woodstock.

#### ***Recrutement et maintien en poste des travailleurs de la protection de l'enfance***

Je sais que le travail social dans la protection de l'enfance est complexe, exigeant et laborieux. Ce travail est peu appuyé par la collectivité qui entend normalement parler de cet important travail quand la situation tourne mal, comme dans le cas de Juli-Anna.

Je sais également que, au cours des dernières années, le bureau de Woodstock en particulier a eu beaucoup de difficulté à recruter et à maintenir en poste le personnel de première ligne de la protection de l'enfance. Depuis le décès de Juli-Anna, un poste à temps plein en protection de l'enfance a été ajouté à l'effectif de l'unité d'accueil et d'évaluation de ce bureau, mais il est toujours très difficile de conserver un titulaire dans ce poste. Et lorsque ce poste vacant et les autres dans l'unité sont dotés (habituellement à l'aide de nouveaux finissants et de travailleurs sans expérience), le taux de roulement est élevé.

D'après notre analyse documentaire, il semble que les stratégies de maintien en poste et de recrutement les plus efficaces soient celles qui encouragent la souplesse et la mobilité au travail, de même que la formation et l'avancement professionnel dans un milieu stimulant où le travail accompli est reconnu et validé.

### **Recommandation n° 9**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires planifie et mette en œuvre des stratégies en milieu de travail pour contrer la pénurie de travailleurs de la protection de l'enfance qualifiés, incluant un examen du milieu et des conditions de travail.**

#### ***Formation***

SFC offre à ses travailleurs de première ligne affectés à la protection de l'enfance une formation en bien-être à l'enfance, dont les modules de la série 100 des compétences génériques à l'intention des travailleurs sociaux du bien-être à l'enfance. Voici les cinq modules de cette série :

- 1) Services de protection de l'enfance axés sur la famille
- 2) Planification de cas et travail social individualisé axé sur la famille
- 3) Conséquences des mauvais traitements et de la négligence sur le développement de l'enfant
- 4) Séparation, placement et permanence
- 5) Aspects légaux du bien-être de l'enfance

SFC offre à ses surveillants de la protection de l'enfance un programme d'études de 12 jours dans le cadre d'une formation en cours d'emploi, soit le programme d'études des compétences de base pour les surveillants et les gestionnaires du bien-être à l'enfance (série 500 des compétences génériques).

Voici les quatre modules de cette série :

- 1) La gestion interne d'un système de bien-être à l'enfance : leadership, administration et éducation
- 2) La gestion par l'entremise d'autres personnes : la diversité de la main-d'œuvre
- 3) Transfert de l'apprentissage : le rôle du surveillant dans le perfectionnement professionnel
- 4) Surveiller et gérer le rendement des groupes : constituer des équipes productives

En plus des quatre modules, les surveillants et les gestionnaires assistent à une séance de suivi de deux jours dans laquelle la théorie, la pratique et les compétences enseignées dans la série sont renforcées.

On prévoit ajouter un cinquième modèle à la série 500 du module des compétences génériques portant sur la « supervision clinique », au printemps 2008.

La formation supplémentaire offerte au personnel de première ligne affecté à la protection de l'enfance comprend la formation à la gestion et à l'évaluation des risques avant le décès de Juli-Anna, les indicateurs de sécurité, les techniques de rédaction pour l'établissement des dossiers et les entrevues d'enquête.

Vu que tous les travailleurs et les surveillants de la protection de l'enfance mêlés à ce dossier ont tous suivi la formation aux compétences génériques susmentionnée de même qu'une formation supplémentaire, nous ne pouvons pas conclure que l'absence de formation régulière ait été un problème dans ce cas.

### ***Examens cliniques***

Après le décès de Juli-Anna, le ministère des Services familiaux et communautaires est allé plus loin que son examen interne habituel et a mené un examen clinique des dossiers de la protection de l'enfance au bureau de Woodstock. L'examen clinique a révélé des tendances troublantes à ce bureau de SFC en particulier, qui ont poussé le ministère à prendre des mesures correctives. Nous ne pouvons pas dire si ces tendances se limitent à ce bureau seulement, vu que d'après ce que nous savons, ces examens de dossiers n'ont pas été et ne sont pas menés dans les autres régions de la province. Le Bureau de l'ombudsman et du défenseur des enfants et de la jeunesse croit que ce type d'examen devrait être non pas réactif, mais plutôt proactif et s'inscrire dans le cadre de la supervision globale des services de protection de l'enfance en particulier.

Les examens cliniques des dossiers de la protection de l'enfance visent à :

- déterminer le niveau actuel de la pratique dans un échantillon de dossiers;
- valider et à confirmer une pratique exemplaire qui existe déjà;
- cerner les points à améliorer dans la pratique existante;
- évaluer les pratiques actuelles par rapport à la législation;
- établir les défis dans la prestation de services de qualité aux enfants et aux familles;
- aider à déterminer les besoins en formation;
- mesurer la conformité avec les normes du Ministère;
- éclairer les changements de politiques;
- aider les travailleurs sociaux et les gestionnaires à assurer la sécurité des enfants.

Dans le rapport du ministère de la Santé et des Services communautaires de janvier 2000, *Les enfants priment tout*, il a été recommandé que les programmes de bien-être à l'enfance fassent l'objet d'une vérification automatique et dans les délais pour s'assurer que l'on se conforme aux normes et pour repérer toute lacune aux fins d'amélioration. Le Bureau de l'ombudsman et du défenseur des enfants et de la jeunesse ne croit pas que ces vérifications soient réalisées.

## **Recommandation n° 10**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires mette en œuvre un système provincial d'examens cliniques qui seraient réalisés régulièrement, au moins une fois par année, des enquêtes ouvertes et fermées et des dossiers continus ouverts et fermés de la protection de l'enfance, dans le but de mesurer la conformité aux normes et aux dispositions réglementaires, de même que la pratique exemplaire dans la prestation des services cliniques de protection de l'enfance. Ces examens devraient être réalisés par une équipe de surveillance et de responsabilisation parmi le personnel expérimenté dans la protection de l'enfance. L'équipe serait chargée d'exposer les résultats de ces vérifications dans un rapport de vérification sur les pratiques de gestion de cas. SFC verrait alors à diffuser les résultats de ces vérifications aux régions pour améliorer les services aux enfants et à leurs familles, et à assurer le suivi des constatations.**

### ***Rotation des travailleurs sociaux de la protection de l'enfance***

Durant la présente enquête, et depuis ma nomination à titre de défenseur des enfants et de la jeunesse, mes enquêteurs et moi avons rencontré des travailleurs sociaux dévoués, qui font un travail incroyable afin de protéger les enfants tous les jours, dans des conditions très difficiles. Beaucoup de travailleurs se déplacent pendant un nombre incalculable d'heures pour se rendre dans les régions les plus isolées de la province afin d'aider les enfants et leurs familles. Lorsqu'ils font une visite à domicile pour enquêter sur un nouveau cas, ils ne savent jamais ce qu'ils trouveront de l'autre côté de la porte. Ils mettent régulièrement leur propre sécurité en danger, et ils ont de la difficulté à comprendre les situations pénibles dans lesquelles ils voient souvent les enfants. Ils doivent également composer avec des ressources gouvernementales et communautaires limitées, parfois sans aucune ressource, pour fournir des services aux familles. Il va sans dire que le niveau de stress de ces travailleurs est extrêmement élevé.

Nous avons également rencontré des travailleurs sociaux qui s'occupaient de la protection de l'enfance depuis un certain temps et qui se sentent incapables de continuer. On m'a dit que, dans les cercles de la protection de l'enfance, surtout chez les jeunes finissants, beaucoup ont l'impression qu'ils 'doivent travailler' dans la protection de l'enfance en espérant le faire pendant quelques années avant de « s'en sortir » pour occuper des fonctions moins stressantes en travail social. Je ne pense pas que beaucoup trouveront à y redire lorsque j'affirme que le fait d'avoir de travailleurs qui sont incapables de continuer dans la protection de l'enfance à cause du stress soit dans notre intérêt et encore moins dans l'intérêt de l'enfant.

Durant notre enquête, notre bureau a tenu plusieurs discussions au sujet de la rotation des travailleurs sociaux. Avant le décès de Juli-Anna, une analyse de l'environnement a été menée au bureau de SFC à Woodstock. Dans son rapport des résultats, l'auteur a traité de la question de la rotation des travailleurs sociaux et a déterminé qu'une rotation structurée n'était pas nécessaire, mais qu'il faudrait l'envisager au cas par cas.

Une rotation obligatoire des travailleurs sociaux présente des avantages et des désavantages. Une rotation régulière offrirait aux personnes la possibilité de sortir de la

protection de l'enfance si tel est leur désir; cependant, elle pourrait également mener au départ de personnes qui s'intéressent à ce genre de travail et qui en ont l'expérience, et qui en sont satisfaits depuis des années. Une rotation obligatoire pourrait perturber les services aux enfants et aux familles à mesure que les travailleurs changent. J'hésite à favoriser un changement « intégré » des travailleurs pour les familles. Ces familles vivent déjà suffisamment de changements, pour bien des raisons variées. Par contre, en l'absence d'une rotation obligatoire, il est possible que des travailleurs sociaux qui voudraient changer d'emploi ne puissent pas le faire à cause de l'absence d'autres postes de remplacement. Encore une fois, cela n'avantage personne de garder un travailleur dans un poste où il a de la difficulté à s'adapter aux circonstances. J'irais même jusqu'à soutenir que, dans la protection de l'enfance, c'est une pratique dangereuse. Il s'agit d'une question complexe qui mérite une étude plus approfondie.

#### **Recommandation n° 11**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure que les travailleurs de la protection de l'enfance qui ont indiqué avoir besoin d'être mutés hors des services de la protection de l'enfance aient la possibilité de le faire. Qu'il examine la question de la rotation du personnel et formule des recommandations sur sa mise en œuvre possible et, dans l'affirmative, sur les moyens de procéder.**

#### ***Collaboration entre professionnels***

Lorsque SFC s'occupait de la famille de Juli-Anna, il est arrivé à au moins une occasion, lors d'une réunion du Comité de planification visant la permanence, que des professionnels des autres services aient fait part de leurs préoccupations au sujet de la décision de la protection de l'enfance de fermer le dossier. De même, à plus d'une occasion, des professionnels qui travaillaient avec la famille ou qui ont été informés de certains renseignements au sujet de la famille ont effectué des signalements à SFC. Pourtant, il ne semblait pas y avoir d'effort coordonné afin de travailler avec cette famille. Il est vrai que les Services de protection de l'enfance sont, en bout de ligne, responsables de la prise de décisions sur ces cas. Cependant les autres professionnels travaillant avec les familles ont souvent un accès privilégié aux enfants et peuvent observer directement les soins que ces derniers reçoivent. Je trouve cela très inquiétant que les signalements effectués par des professionnels aient été jugés non fondés à de nombreuses reprises.

Comme il est indiqué dans les recommandations formulées dans un rapport soumis au ministère de la Santé et des Services communautaires d'alors après le décès de John Ryan Turner en 1996, il faut 'coordonner les services aux enfants vulnérables et à leurs familles'. Ce rapport a proposé l'établissement d'un comité obligatoire sur les enfants à risque en milieu hospitalier de même que la mise en commun d'une base de données qui permettrait à la santé mentale, à la santé publique et à SFC d'accéder aux interventions en matière de services relativement à des situations de protection de l'enfance à risque élevé. Je ne suis pas sûr qu'une base de données commune soit la solution; cependant, il est clair qu'il faut partager l'information plus facilement.

Le Comité d'examen des décès d'enfants a recommandé dans son rapport de 1998 sur le décès de Jacqueline Brewer que « l'on adopte comme norme l'approche de la consultation en équipe de sorte à consulter tous les dispensateurs de services, qu'ils soient du ministère ou de l'extérieur, au moment de prendre des décisions critiques ».

Dans le rapport de janvier 2002 du ministère de la Santé et des Services communautaires, *Les enfants priment tout*, on a recommandé que les régions et le bureau central « trouve[nt] des moyens d'améliorer les liens et de 'jeter les ponts' entre les fournisseurs de services qui doivent collaborer afin de fournir un service efficace aux enfants ».

En juillet 2005, SFC et le ministère de la Santé et du Mieux-être ont mené conjointement un examen du programme des Initiatives pour la petite enfance (IPE), mais le rapport est demeuré sur les tablettes pendant près de deux ans et n'a pas été publié avant mai 2007, ce qui est incroyable. Je trouve cette situation excessive, compte tenu de la gravité des préoccupations à l'égard du programme et de l'attention prioritaire qui doit être accordée afin d'y remédier.

Les services d'intervention précoce à domicile sont l'un des sept programmes de santé et de services sociaux de base qui font partie des IPE que le ministère de la Santé et des Services communautaires d'alors ont établies dans la province en 1994. L'un des principaux objectifs des IPE était d'améliorer les résultats développementaux des enfants d'âge préscolaire présentant des risques de mauvais traitements ou de négligence. Une plus grande attention devait être accordée au ciblage de ces services sur les enfants et les familles à risque.

L'examen publié en juillet 2005 fait ressortir plusieurs problèmes avec les IPE, dont l'un que je trouve le plus troublant et qui est entré en jeu dans le cas de Juli-Anna, notamment le problème de communication entre les travailleurs de l'intervention précoce et les travailleurs de la protection de l'enfance. L'examen a révélé que la communication entre les deux groupes allait surtout dans un sens, soit de l'intervention précoce à la protection de l'enfance, mais rarement de la protection de l'enfance à l'intervention précoce.

La famille de Juli-Anna a été dirigée vers les Services d'intervention précoce à deux occasions, soit une fois à l'automne et une autre fois en janvier 2004 lorsque Juli-Anna a atteint deux ans. Comme les autres fournisseurs de services travaillant avec la famille, les travailleurs de l'intervention précoce ont trouvé qu'Anna était difficile à servir, car elle manquait ou annulait souvent les visites à domicile prévues avec eux. Elle réussissait très bien à échapper aux services qui étaient établis pour l'aider.

Ce qui a préoccupé davantage la plupart des fournisseurs de services, cependant, c'est lorsqu'ils ont exprimé des réserves au sujet du fait que le dossier d'Anna allait être fermé comme dossier des services de protection continu en avril 2001. Ces travailleurs estimaient que le personnel de la protection de l'enfance ne valorisait pas leurs préoccupations à leur juste valeur et ne les prenait pas au sérieux. Les travailleurs de l'intervention précoce n'ont pas senti qu'ils faisaient partie du processus d'établissement du plan d'intervention. Ils n'étaient pas informés de l'état du dossier et jugeaient que des

renseignements importants ne leur avaient pas été communiqués, ce qui aurait pu compromettre leur sécurité.

Selon l'examen mené par le Ministère, il faut se pencher sur la cause des problèmes de communication entre l'intervention précoce et la protection de l'enfance et élaborer des stratégies pour augmenter la collaboration et l'échange de renseignements dans des cas à risque élevé comme celui-ci. Je crois vivement que la communication entre tous les fournisseurs de services devrait être ouverte et constante, pour offrir de meilleurs services aux familles et pour mieux protéger les enfants. De plus, il faut trouver des moyens de mobiliser les familles qui pourraient tirer le plus parti de ces services.

La protection de l'enfance invoque la protection des renseignements personnels comme justification pour ne pas divulguer des renseignements importants aux autres fournisseurs de services. Toutefois, lorsque la sécurité d'un enfant est en jeu, il ne devrait pas y avoir de confusion. Il est essentiel que les professionnels collaborent et échangent les renseignements dans l'intérêt supérieur des enfants.

Le cas de Juli-Anna indique qu'il reste du travail à accomplir dans le secteur de la collaboration entre le Ministère et les fournisseurs de services. Il est impératif que les professionnels en cause communiquent entre eux. J'inclurai également dans ce rapport la recommandation formulée dans le cas de Jacqueline Brewer concernant les professionnels qui travaillent ensemble à des dossiers.

#### **Recommandation n° 12**

**Selon le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants en 1998 après le décès de Jacqueline Brewer, que l'on adopte comme norme l'approche de la consultation en équipe de sorte à consulter tous les dispensateurs de services, qu'ils soient du ministère ou de l'extérieur, au moment de prendre des décisions critiques.**

#### **Un soutien au personnel de première ligne affecté à la protection de l'enfance**

Le décès d'un enfant qui a reçu ou qui recevait des services de protection de l'enfance est le pire cauchemar d'un travailleur et d'un surveillant de la protection de l'enfance. Lorsqu'une tragédie si terrible survient, les professionnels qui ont prodigué des soins ressentent souvent beaucoup de détresse. SFC énonce à l'annexe 2 (A) des Normes et lignes directrices des services de protection de l'enfance des modalités intitulées « Incidents critiques : Programme pour le personnel de première ligne ». Le document énumère des situations qui justifient un soutien précis aux travailleurs. Deux de ces situations s'appliquent à ce cas : « les incidents qui attirent considérablement l'attention des médias » et « le décès d'un enfant ou la violence envers un enfant ». Le programme de soutien « ...vise à restreindre l'accumulation de stress chez les gens qui font un travail comportant un taux d'épuisement professionnel élevé. D'autre part, il fait la promotion d'une bonne santé mentale chez les précieux travailleurs de première ligne du Nouveau-Brunswick.... . Selon certaines études, le fait de comprendre les effets du stress en cas d'incident critique et d'appliquer les interventions appropriées le cas échéant aide beaucoup les travailleurs de première ligne à gérer le stress inhabituel qu'ils peuvent vivre dans le cadre de leur travail. De plus, le programme s'avère rentable : des

recherches ont démontré que pour chaque dollar investi dans les services de prévention du stress en cas d'incident critique, on économise sept dollars en services d'aide aux employés ».

« Les cas d'épuisement professionnel semblent fréquents, et les travailleurs sociaux de première ligne affectés à la protection de l'enfance pensent sérieusement qu'ils ne bénéficient pas toujours du soutien des gestionnaires dans les dossiers difficiles, comme celui des retombées de l'affaire Brewer. »<sup>6</sup>

Des renseignements contradictoires m'ont été présentés au sujet du soutien que les travailleurs sociaux et la surveillante du bureau de Woodstock ont reçu du bureau régional et de SFC à la suite du décès de Juli-Anna. Après avoir soupesé ces renseignements soigneusement, je ne suis pas convaincu que le ministère ait offert le soutien dont le personnel de première ligne avait besoin. Je reconnaïs que l'énoncé sur les incidents critiques présenté plus haut n'était pas n'était pas en place au moment du décès de Juli-Anna. La réalité demeure que l'obligation existe d'apporter l'appui nécessaire dans une telle situation. En fait, il s'agit d'une obligation morale. De plus, il existe des preuves que le Ministère n'offrait pas un soutien continu à son personnel de première ligne au bureau de Woodstock avant le décès. Le courriel qu'une travailleuse sociale a envoyée au gestionnaire des programmes sept jours avant le décès de Juli-Anna en fait foi.

Nous devons appuyer les travailleurs sociaux et les surveillants de la protection de l'enfance dans cette province qui font un travail dont la plupart d'entre nous ne peuvent pas s'imaginer faire. Il n'est pas possible d'expliquer rationnellement le fait qu'ils n'aient pas offert de meilleurs services à cette famille ni ne devrions nous les excuser. Certaines des décisions prises par les travailleurs sociaux dans ce cas soulèvent des doutes. Ils avaient d'énormes difficultés à surmonter, notamment un nombre de dossiers élevé et un effectif réduit, pour observer les normes et offrir des services de protection de l'enfance de qualité. Nous ne pouvons pas nier ces faits, et il faut les soupeser dans l'analyse de ce cas. Il y a un élément, cependant, qui échappe à toute explication et logique. C'est-à-dire, la façon dont le ministère des Services familiaux et communautaires au bureau régional et au bureau central a traité le personnel affecté à ce dossier, tant avant le décès de Juli-Anna, qu'après son décès.

### **Recommandation n° 13**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure, lorsque des incidents semblables surviennent, que le personnel reçoit sans tarder un soutien et que la politique du ministère à ce sujet est observée au moment de l'incident et durant les processus qui pourraient suivre, par exemple, lors de comparution (s) devant les tribunaux.**

---

<sup>6</sup> Ibid.

#### **4) COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS**

Le 26 novembre 1997, le gouvernement provincial a annoncé l'établissement du Comité d'examen des décès d'enfants. Le comité relève du ministre des Services familiaux et communautaires. Selon le site Web du Ministère, les objectifs du comité sont :

- Examiner la manière dont l'enfant est décédé et les causes du décès.
- Déterminer si les politiques, les procédures, les normes, la législation et les protocoles pertinents étaient adéquats et s'ils ont été respectés.
- Déterminer si l'étendue des liens entre les différentes parties en cause et la coordination des services étaient suffisantes et adéquates.
- Formuler des recommandations en vue d'améliorer le processus et de prévenir d'autres décès ou d'améliorer les services dispensés aux enfants.
- Soumettre un rapport écrit dans les 45 jours suivants la demande officielle d'examen par le ministre.<sup>7</sup>

Le comité est formé d'un président qui est un juge à la retraite de la cour provinciale ou familiale du Nouveau-Brunswick (nommé par le procureur général), d'un agent de police, d'un pédiatre, un professeur universitaire en service social nommé par le directeur du département de service social d'une université du Nouveau-Brunswick, d'un représentant du Bureau du coroner en chef du Nouveau-Brunswick et d'un représentant des Premières Nations.

Le Bureau de l'ombudsman et du défenseur des enfants et de la jeunesse croit dans l'importance du comité, de sa structure et de sa composition. Cependant, durant notre enquête, nous nous sommes préoccupés de l'impression de manque d'indépendance du Comité d'examen des décès, car il relevait du ministre. Les embûches possibles ayant trait au manque d'indépendance d'un comité d'examen ont été illustrées en juin 2007 lorsque le ministère des Services familiaux et communautaires a publié le rapport sur l'examen des Initiatives pour la petite enfance, plus de deux ans après l'avoir terminé. L'indépendance de l'organe exécutif du gouvernement est essentielle. Je suis toutefois encouragé que le gouvernement ait décidé de déplacer le Comité d'examen des décès d'enfants au Bureau du coroner. J'estime toujours que d'autres mesures pourraient être mises en place pour assurer son indépendance du gouvernement et du ministère de la Sécurité publique. Pour une foule de raisons, non la moindre étant la perception publique au sujet de la crédibilité du comité, nous formulons la recommandation suivante :

##### **Recommandation n° 14**

**Afin d'assurer une surveillance indépendante du Comité d'examen des décès d'enfants et de ses recommandations, que d'autres mesures soient mises en place pour augmenter l'indépendance du comité à l'égard du gouvernement.**

---

<sup>7</sup> <http://www.gnb.ca/0017/protection/childeath/terms-f.asp>

### **a) Faire des enfants une priorité**

En 1991, le Canada a signé la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, convention qui est déterminée à assurer la protection et le développement des enfants. Jusqu'en 1998, la *Loi sur les services à la famille* énonçait que « [I]a présente loi doit donner lieu à une interprétation large afin de préserver l'intégrité de la famille et d'éviter sa rupture ». Je crois que la préservation de la famille devrait être un objectif de la protection de l'enfance. Je suis également d'avis qu'elle ne devrait jamais l'emporter sur le bien-être des enfants.

En juillet 1998, le Comité d'examen des décès d'enfants a publié un rapport sur le décès de Jacqueline Brewer et a recommandé que la *Loi sur les services à la famille* soit modifiée afin de prévoir clairement que l'intérêt et la sécurité de l'enfant doivent toujours prévaloir dans les cas de négligence chronique lorsqu'il y a un conflit entre la protection de l'enfant contre les dangers et le maintien du noyau familial ». Après que cette recommandation a été formulée, des modifications ont été apportées à la *Loi sur les services à la famille* pour donner suite à ces préoccupations.

Dans le rapport de janvier 2000 du ministère de la Santé et des Services communautaires, *Les enfants priment tout*, il a été recommandé de « voir à communiquer le principe de 'l'intérêt supérieur de l'enfant' à tout le personnel du bien-être à l'enfance et veiller à avoir ce principe à l'esprit lors de l'élaboration des directives, de la planification des programmes et en collaborant avec les partenaires ».

Aussi récemment que le 27 juillet 2007, la Cour suprême du Canada a déclaré qu'« il reste que la loi donne primauté non pas à la satisfaction de la famille à long terme, mais à l'intérêt véritable de l'enfant »<sup>8</sup>. De plus, la Cour a réaffirmé que les souhaits des parents doivent céder le pas devant la recherche et la protection de l'intérêt de l'enfant.<sup>9</sup>

Les enfants devraient passer en premier. Ils *doivent* passer en premier. Avec cela à l'esprit, nous réitérons encore une fois la recommandation faite il y a neuf ans par le Comité d'examen des décès d'enfants après le décès de Jacqueline Brewer.

#### **Recommandation n° 15**

**Que le préambule de la *Loi sur les services à la famille* soit modifié afin de prévoir clairement que l'intérêt et la sécurité de l'enfant doivent toujours prévaloir lorsqu'il y a conflit entre la protection de l'enfant contre les dangers et le maintien du noyau familial.**

---

<sup>8</sup> Syl Apps Secure Treatment Centre c. B.D. (2007) C.S.C. 38, au para 43.

<sup>9</sup> Ibid, para 45.

**b) Examens antérieurs du Comité d'examen des décès d'enfants**

Le présent rapport visait à examiner les services de protection de l'enfance que SFC a offerts à Juli-Anna. Il n'avait pas pour objectif d'examiner les autres examens de décès d'enfants dans la province et les recommandations du comité. Cependant, au cours de mon enquête, mon personnel et moi avons pensé aux autres enfants dans la province qui étaient décédés et qui avaient reçu ou qui recevaient des services de protection de l'enfance au moment de leur décès. Les similarités que nous avons constatées entre le cas de Jacqueline Brewer, de John Ryan Turner et de Juli-Anna étaient suffisamment troublantes pour être soulevées dans le présent rapport.

Voici encore une autre des similarités dans le cas de Jacqueline Brewer et celui de Juli-Anna que nous aimerais mettre en évidence :

**Prendre les explications des parents au pied de la lettre**

Les membres du comité d'examen dans l'affaire Brewer mentionnent que les travailleurs sociaux se sont surtout fiers aux renseignements que leur ont donnés les parents. Il semblerait que beaucoup de ces renseignements aient été trompeurs. Le rapport indique : « Mark (le père) trouvait des excuses et des explications; les travailleurs de première ligne ont donc continué à croire en ses bonnes intentions. Il a trompé certains travailleurs à de nombreuses occasions ». Le rapport poursuit plus loin : « La possibilité de tromperie et la nécessité de se fier aux déclarations volontaires des parents font ressortir le besoin d'améliorer les modalités d'évaluation ». P. 14

Il est évident, à l'examen du dossier de Juli-Anna, que les travailleurs se sont beaucoup fiers aux explications de la mère et des membres de la famille pour évaluer la sécurité des enfants et déterminer le niveau d'intervention nécessaire. Des signalements venant de la collectivité et d'autres sources très crédibles ont été effectués à SFC à de nombreuses reprises au sujet des mêmes préoccupations au sujet de la protection (usage de drogues au foyer, manque de vêtements adéquats pour les enfants, pauvre hygiène et propreté au foyer). Il semble que les travailleurs sociaux demandaient des explications à la mère au sujet de ces plaintes et qu'ils aient pris sans cesse au pied de la lettre sa version des événements.

**Recommandation n° 16**

**Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure que les recommandations des comités précédents d'examens de décès d'enfants sont mises en œuvre en créant un processus de suivi des recommandations à tous les deux ans.**

## 7.0 CONCLUSION

Le rapport de l'affaire John Ryan Turner a été publié en 1996, celui du cas de Jacqueline Brewer en 1998, et le rapport *Les enfants priment tout* en 2000. Ces rapports contiennent plusieurs recommandations importantes visant à assurer que de tels décès soient évités à l'avenir. Pourtant, quand Juli-Anna est décédée le 13 avril 2004, bon nombre de ces recommandations n'avaient pas été mises en œuvre. En fait, alors que je rédige le présent document vers la fin de novembre 2007, plusieurs recommandations importantes concernant la prestation de meilleures ressources pour le bien-être de l'enfance, plus particulièrement en ce qui a trait à la protection de l'enfance, n'ont pas encore été tout à fait réalisées. Combien de rapports comme celui-ci devront être rédigés avant de décider que c'est assez?

À un moment donné de cette enquête douloureuse, un cadre de SFC m'a avisé que ce n'est pas le système mais quelques employés qui ont abandonné Juli-Anna. Avec tout le respect que je leur dois, je ne peux pas si facilement disculper le Ministère et les gouvernements qui se sont succédés. Il n'y a aucun doute que les signes de négligence dans la vie de Juli-Anna auraient dû provoquer une réponse plus diligente de la part des professionnels qui avaient la responsabilité de la protéger. Nul ne peut nier, non plus, que le retard ou l'hésitation à adopter les améliorations recommandées par des comités d'examen des décès d'enfants successifs et le propre rapport du Ministère ne peuvent pas être imputés aux travailleurs de première ligne.

Pourquoi la « négligence chronique » n'est-elle pas encore considérée par les responsables de la protection de l'enfance comme étant aussi nuisible à l'intérêt de l'enfant que les « mauvais traitements »? Pourquoi le partage de renseignements entre les organismes pose-t-il encore problème dans des cas qui font appel de façon si criante à la collaboration? Pourquoi n'avons-nous pas encore en place des fonctions d'examen et de vérification visant à assurer que les pratiques optimales sont respectées? Pourquoi n'avons-nous pas encore suffisamment de travailleurs sociaux de première ligne pour les services de protection de l'enfance, et ce, malgré la propre recommandation de SFC à cet égard faite en 2000?

J'ai l'impression que cela prendra une volonté politique et une orientation claire pour assurer que les membres les plus vulnérables de notre société obtiennent l'attention qu'ils méritent. Comme premier suivi au présent rapport, j'ai demandé à SFC de donner à mon Bureau réponse aux nombreuses recommandations qui ont été faites depuis 1996 dans le rapport Turner, par plusieurs Comités d'examen de décès d'enfants, dans le rapport "Les enfants priment tout" et ce rapport. Ce sont les promesses que nous avons faites à des enfants comme Juli-Anna. Nous n'avons pas tenu certaines de ces promesses. J'entends rendre publics les réponses de SFC et mes commentaires à leur sujet.

Il m'est difficile de terminer ce rapport sur une note positive, mais je suis encouragé par la nouvelle approche de prévention en rapport à la protection de l'enfance annoncée l'an dernier et dont il a été question le 27 novembre 2007 dans le discours du trône. J'ajoute cependant cette mise en garde : si nous n'y mettons pas les ressources suffisantes, cela aussi échouera. Nous devons à la mémoire de ces enfants perdus, de réussir.

## **8.0 SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS**

### **Recommandation n° 1**

Que le ministère des Service familiaux et communautaires s'assure que les facteurs de risque sont lus, interprétés et cotés comme il se doit.

### **Recommandation n° 2**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires examine la fonction du Comité de planification visant la permanence pour s'assurer que celui-ci est utilisé de façon adéquate.

### **Recommandation n° 3**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure que les normes de pratique sont observées, non seulement à Woodstock, selon ses recommandations internes, mais dans toute la province. Si le personnel est incapable d'adhérer aux normes à cause de questions liées à la charge de travail, que le ministère détermine la cause du non-respect des normes et apporte des rajustements en conséquence, par exemple l'embauche du personnel si la charge de travail le nécessite.

Que le ministère des Services familiaux et communautaires modifie les normes de pratique et lignes directrices ainsi : Norme de pratique 27, pour qu'elle continue d'être ainsi rédigée en anglais : « In order to accurately assess risk to all children and to determine the level of intervention and appropriateness of services, the Child Protection Social Worker must see all children who have not entered the public/private school system or children who are disabled, in their home environment during the investigation phase and directly observe the children's living situation ». De plus, je recommande de supprimer le texte semblable dans la section intitulée « Démarche d'enquête ».

### **Recommandation n° 5**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires modifie la norme de pratique 19 dans le manuel du Système de gestion des risques pour inclure un énoncé clair établissant que, lorsqu'un nouveau signalement sur une famille est évalué, il faut tenir compte de tous les résultats provenant des dossiers précédents de la famille avec les services de protection de l'enfance dans les renseignements concernant le nouveau signalement. De plus, des directives devraient être clairement énoncées au sujet de la façon dont les renseignements figurant dans les dossiers précédents de la famille aux Services de protection de l'enfance de SFC doivent être soupesés dans la décision de faire enquête ou non sur le nouveau signalement.

### **Recommandation n° 6**

Que l'on passe en revue la définition de la négligence envers les enfants de sorte à énoncer des lignes directrices claires et sans ambiguïté permettant aux travailleurs de la protection de l'enfance et aux autres intervenants d'évaluer les cas de négligence chronique et d'établir des niveaux de risque.

### **Recommandation n° 7**

Que tous les travailleurs de la protection de l'enfance et les autres dispensateurs de services connexes disposent de directives claires et d'une formation leur permettant d'identifier les cas d'enfants victimes de négligence chronique, de les comprendre et de s'en occuper adéquatement.

### **Recommandation n° 8**

Que l'on clarifie le double rôle des travailleurs de la protection de l'enfance qui doivent conserver le noyau familial tout en veillant à protéger l'intérêt des enfants.

### **Recommandation n° 9**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires planifie et mette en œuvre des stratégies au milieu de travail pour contrer la pénurie de travailleurs de la protection de l'enfance qualifiés, incluant un examen du milieu et des conditions de travail.

### **Recommandation n° 10**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires mette en œuvre un système provincial d'examens cliniques qui seraient réalisés régulièrement, au moins une fois par année, des enquêtes ouvertes et fermées et des dossiers continus ouverts et fermés de la protection de l'enfance, dans le but de mesurer la conformité aux normes et aux dispositions réglementaires, de même que la pratique exemplaire dans la prestation des services cliniques de protection de l'enfance. Ces examens devraient être réalisés par une équipe de surveillance et de responsabilisation par du personnel expérimenté dans la protection de l'enfance. L'équipe serait chargée d'exposer les résultats de ces vérifications dans un rapport de vérification sur les pratiques de gestion de cas. SFC verrait alors à diffuser les résultats de ces vérifications aux régions pour améliorer les services aux enfants et à leurs familles, et à assurer le suivi des constatations.

### **Recommandation n° 11**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure que les travailleurs de la protection de l'enfance qui ont indiqué avoir besoin d'être mutés hors des services de la protection de l'enfance aient la possibilité de le faire. Qu'il examine la question de la rotation du personnel et formule des recommandations sur sa mise en œuvre possible et, dans l'affirmative, sur les moyens de procéder.

### **Recommandation n° 12**

Selon le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants en 1998 après le décès de Jacqueline Brewer – que l'on adopte comme norme l'approche de la consultation en équipe de sorte à consulter tous les dispensateurs de services, qu'ils soient du ministère ou de l'extérieur, au moment de prendre des décisions critiques.

**Recommandation n° 13**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure, lorsque des incidents semblables surviennent, que le personnel reçoit *sans tarder* un soutien et que la politique du ministère à ce sujet soit respecté au moment de l'incident et durant les processus qui pourraient suivre, par exemple, lors de comparution(s) devant les tribunaux..

**Recommandation n° 14**

Afin d'assurer une surveillance indépendante du Comité d'examen des décès d'enfants et de ses recommandations, que d'autres mesures soient mises en place pour augmenter l'indépendance du comité à l'égard du gouvernement.

**Recommandation n° 15**

Que le préambule de la *Loi sur les services à la famille* soit modifié afin de prévoir clairement que l'intérêt et la sécurité de l'enfant doivent toujours prévaloir lorsqu'il y a conflit entre la protection de l'enfant contre les dangers et le maintien du noyau familial.

**Recommandation n° 16**

Que le ministère des Services familiaux et communautaires s'assure que les recommandations des comités précédents d'examens de décès d'enfants sont mises en œuvre en créant un processus de suivi des recommandations à tous les deux ans.



